



Университетское
Образование

Ральф Р. ГРИНСОН

ТЕХНИКА И ПРАКТИКА ПСИХОАНАЛИЗА



Ральф Ромео Гринсон

Техника и практика

психоанализа

Серия «Университетское образование»

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=66227136

Техника и практика психоанализа: Когито-Центр; Москва; 2018

ISBN 978-5-89353-307-1

Аннотация

Учебник выдающегося американского психоаналитика Ральфа Р. Гринсона является одним из самых читаемых и часто переиздаваемых руководств по технике классического психоанализа, он рекомендован в качестве базового в американской программе обучения психоаналитиков.

Успех книги во многом объясняется тем, что Гринсон из «первых рук» передает читателю клинический опыт и посвящает в тонкости профессии. Он был одним из первых, кто приоткрыл для читателя дверь в свой кабинет и позволил взглянуть на то, как психоаналитическая теория воплощается в практической работе. В книге Гринсон детально рассматривает технику анализа переноса и сопротивления, проблемы установления рабочего альянса, позицию аналитика и требования, которые выдвигает психоаналитическая ситуация.

Книга адресована главным образом практикующим психоаналитикам и студентам, изучающим психоаналитическую технику, а также будет полезна всем, интересующимся вопросами психотерапии.

Содержание

| | |
|------------------------------------------------------------|----|
| Предисловие | 6 |
| Введение | 15 |
| Глава 1 | 24 |
| 1.1. История развития психоаналитической терапии | 24 |
| 1.11. Изменения в технических процедурах | 26 |
| 1.12. Изменения в теории терапевтического процесса | 30 |
| 1.2. Теоретические основы техники | 39 |
| 1.21. Связь между теорией и практикой | 39 |
| 1.22. Психоаналитическая теория невроза | 41 |
| 1.23. Метапсихология психоанализа | 48 |
| 1.24. Теория психоаналитической техники | 59 |
| 1.3. Компоненты классической психоаналитической техники | 71 |
| 1.31. Продуцирование материала | 71 |
| 1.311. Свободная ассоциация | 71 |
| 1.312. Реакции переноса | 73 |
| 1.313. Сопротивления | 78 |
| 1.32. Анализирование материала пациента | 80 |
| Конец ознакомительного фрагмента. | 92 |

Ральф Ромео Гринсон

Техника и практика психоанализа

Научный редактор Э. Р. Зимина

Все права защищены. Любое использование материалов данной книги полностью или частично без разрешения правообладателя запрещается

© «Когито-Центр», 2018

* * *

Предисловие

Начало работы над новой редакцией перевода книги Ральфа Гринсона «Техника и практика психоанализа» можно было бы описать фразой из анекдота: «Феликс Эдмундович, жду Вас в Цюрихе, – начинаем все сначала...»

И это не удивительно, ведь первоначально перевод был выполнен, что называется, «для себя», то есть для узкого круга друзей и коллег, членов Ассоциации психологов-практиков. Издержки такого «некоммерческого проекта» очевидны – неточности перевода, невыверенные цитаты и названия работ, неполнота ссылок. Однако, несмотря на очевидные недостатки перевода, книга сразу «пошла в народ»: ее копировали как могли, и ксероксы выдавали все новые и новые, часто полуслепые экземпляры без списка литературы и словаря терминов. А спустя пару лет сразу два издательства опубликовали все тот же текст со всеми перечисленными недостатками, сокращениями и ошибками. Но прошло не так много времени, и эти издания, в свою очередь, стали библиографической редкостью.

Необходимость редакции перевода возникла также из-за того, что изменилась терминологическая система профессионального языка. Первоначально мы ориентировались на переводческую традицию начала XX века, то есть на переводы, выполненные с немецкого языка. Однако нельзя закрывать

глаза на тот факт, что современный живой психоаналитический язык формируется преимущественно под влиянием англоязычных текстов, это потребовало корректировки прежнего перевода.

Третьей и последней причиной, подтолкнувшей нас к этой работе, было то, что далеко не все термины, предложенные в первоначальном варианте перевода, прижились и получили распространение: некоторые оказались слишком громоздкими, для других был найден иной, более удачный вариант. Так, например, не прижился термин «тщательная проработка», в современной литературе значительно чаще встречается «проработка», а вместо термина «действие вовне» часто используют термин «отыгрывание». Соответствие между англоязычными терминами и их русскими эквивалентами отражено в предметном указателе. Кроме того, некоторые пояснения, касающиеся перевода, даны в сносках по ходу изложения.

* * *

Эта книга не похожа на классические учебники – в ней слишком ощущается присутствие личности автора, о чьих работах отзывались как об «оригинальных, озорных, проныжковенных, провокационных, неистовых, эрудированных, забавных, эмпатичных, страстных, убедительных, пытливых, скромных, резких, эксгибиционистских, застенчивых и сме-

лых»¹. Такое количество эпитетов выражает столько чувств! Это пробуждает интерес и к самому автору. Попробуем хотя бы отчасти его удовлетворить.

Ральф Ромео Гринсон родился 20 сентября 1911 года в Бруклине, США. Его родители были выходцами из России. Немногие знают, что у него была сестра-близнец и что родители дали близнецам вторые имена – Ромео и Джульетта. Близкие называли его Роми (сокращение от Ромео). Кроме сестры-близнеца, у Ральфа Ромео Гринсона было еще 2 сиблинга. Его мать, фармацевт по профессии, интересовалась искусством, особенно музыкой. Отец был семейным доктором, и Ральф Ромео часто сопровождал его во время визитов к пациентам. Как и родители, он был влюблен в медицину и искусство. Наверное, отсюда возникло его высказывание о том, что хорошему аналитику нужен хороший музыкальный слух, которое впоследствии стало афоризмом.

Он получил степень доктора медицины в Бернском университете (Швейцария), там же он встретился со своей будущей женой Хильдой. Их дети разделили интерес отца к психоанализу и искусству – Даниэль Гринсон стал психоаналитиком, а Джоан Аеди – художницей.

В 1936 году Гринсон закончил «активную» психоаналитическую школу Вильгельма Штеккеля в Австрии. Вскоре он оставил Вену и переехал в Лос-Анджелес. С 1938 по 1942 год Гринсон проходил тренинг-анализ у известно-

¹ Stoller R.J. Ralph R. Greenson // Int. J. Psycho-Anal., 61:559–560.

го психоаналитика д-ра Отто Фенихеля (эмигрировавшего в Штаты несколькими годами ранее), впоследствии ставшего его другом. Сравнительно молодым, в тридцать с небольшим лет, Гринсон стал тренинг-аналитиком, а затем – руководителем тренинговых программ при Лос-Анджелесском психоаналитическом институте.

В годы Второй мировой войны он снова оказался в Европе, но уже в качестве врача военно-психиатрической службы США. Его рассказы об этой работе вдохновили писателя Лео Роштена на создание романа «Капитан Ньюман, д-р медицины»², в котором описано то, как Гринсон гуманизировал заботу о раненых и оказывал влияние на других людей своей страстью к знанию и умением создавать теплое человеческое окружение.

На основе этого романа был снят одноименный фильм. Едва ли кто-либо из психоаналитиков, кроме Фрейда, был так прославлен!

После войны он вернулся в Лос-Анджелес, где работал профессором психиатрии в Медицинской школе Калифорнийского Университета. Его иногда шутливо называли «звездным аналитиком», так как у него проходили анализ многие звезды Голливуда, среди которых наиболее известной была Мэрилин Монро.

Он был вдохновенным учителем психоанализа. На его семинарах аудитории были переполнены. Он не только читал

² Rosten L. Captain Newman, M. D. – New York, 1956.

лекции для профессионалов и студентов, но и активно занимался просветительской работой в более широких кругах. В течение многих лет он посещал семинары коллег, имевших другие точки зрения. Он мог спорить, негодовать и критиковать, но всегда старался понять своих противников и достичь с ними цивилизованного компромисса. Для него теоретические системы были полезны как инструмент организации и исследования клинических данных, а не как догма или замена клинического исследования.

Коллеги отзывались о нем как о романтике, любившем жизнь во всех ее проявлениях, имевшем неутомимый дух и ненасытный интерес к другим людям и никогда не прекращавшем поиска новых знаний. Когда ему было за 50, он начал заниматься детским анализом и проводил лечение детей под супервизией, получая большое удовольствие от того нового, что узнавал. Многие называли его отношение к психоанализу влюбленностью, страстью, которая никогда не насыщалась.

* * *

Над книгой «Техника и практика психоанализа» Гринсон работал 14 лет, с 1953 по 1967 год. Это при том, что статьи он писал очень быстро. В предисловии к мемориальному 2-му тому его сын, Даниэль Гринсон, написал, что как-то отец сказал ему, что «статьи писать легче: они для сегодняшнего

дня, а книги – для последующих поколений». Гринсон следовал по стопам своего тренинг-аналитика, Отто Фенихеля, чей учебник по технике психоанализа вышел в 1941 году. Гринсон пишет: «Фенихель подчеркивает, что, помимо всего прочего, аналитику следует быть гуманным, его потрясло, как много его пациентов были удивлены его естественностью и свободой. Он полагает, что именно аналитическая атмосфера является самым важным фактором убеждения пациента в том, чтобы он попробовал принять нечто, им ранее отрицаемое». В своем учебнике Гринсон развивает эту идею. Он считает, что центральным в психоанализе являются отношения между пациентом и аналитиком, и довольно большое значение придает терапевтическому намерению аналитика, выступая против строгой, отчужденной, авторитарной позиции некоторых аналитиков по отношению к своим пациентам вследствие неправильно понятых ими правил «аналитик как зеркало» и «абстиненции», введенных Фрейдом.

Гринсон пишет об аналитике: «Он – врач, терапевт, исцеляющий от нездоровья и страдания, и его цель – помочь пациенту выздороветь... Именно терапевтическое обязательство аналитика по отношению к пациенту должно лежать в основании всего того, что он делает». «Аналитик является врачом-терапевтом невротической болезни, а не просто исследователем или сборщиком данных... Наша задача состоит в колебании между противоположными позициями или в совмещении их: позиции вовлеченного человека, испытывающего

эмпатию, и позиции бесстрастного сортировщика и осмыслителя данных, сдержанного, но сочувствующего проводника инсайта и интерпретаций. Это и есть в свехупрощенном и сжатом виде определение искусства и науки психоаналитической терапии».

Когда работа над книгой уже была близка к завершению, он начал перфекционистски бесконечно что-то в ней подправлять и находить различные упущения. Наконец его редактор, Лотти Ньюман, предложил ему рассматривать свою книгу как состоящую из двух томов и во второй том включить тот материал, который не вошел в первый. Это позволило Гринсону наконец-то закончить книгу. Но возникла идея о втором томе, которая не оставляла его до конца жизни и которую ему не суждено было реализовать.

В 1970 году его здоровье начало ухудшаться. Тем не менее он сделал несколько набросков ко 2-му тому – главы «Предварительный контакт с пациентом», «Отыгрывание», «Контрперенос», «Проблемы завершения анализа». В вышедшем в 1978 году, за год до его смерти, сборнике его статей «Исследования в психоанализе» Гринсон пишет в предисловии, что адресует этот сборник всем тем, кто не отчаялся еще дождаться 2-го тома «Практики и техники психоанализа». Воплотить в жизнь свой замысел самому Гринсону не удалось – он умер в 1979 году. Однако его коллеги, в числе которых был и его сын, Даниэль Гринсон, попытались сделать это, издав в 1992 году мемориальный 2-й том «Тех-

ники и практики психоанализа», в который наряду с главами, написанными Гринсоном, вошли статьи, которые многие известные аналитики написали специально для этого издания, следуя замыслу Гринсона.

* * *

Во введении к своей книге Гринсон пишет о распространенном нежелании аналитиков открыто показывать то, как они работают, и высказывает свое понимание причин этого, среди которых – та, что инструмент аналитика – его собственная психика, и поэтому раскрытие содержания собственной работы часто означает приоткрытие собственной души. Гринсон щедро делится с нами, давая начинающему терапевту «взаймы» свое «аналитическое Эго», позволяя более опытным профессионалам сравнивать то, как он работает, с собственной практикой и искать ту самую «общую почву», которая, похоже, так актуальна не только во времена Гринсона, но и сейчас. И в России в том числе, а может быть, для России особенно – во время продолжающегося поиска психоаналитиками собственной идентичности. Недаром в последнее время так часто звучат призывы описывать клинические случаи как можно более детально, и порой выясняется, что даже при довольно сильных теоретических отличиях отличия в технике не так уж велики, по крайней мере, если эта работа все еще остается психоанализом. Кни-

га Гринсона приглашает к открытому обсуждению вопросов психоаналитической техники, и мы рады представить читателю замечательный труд одного из ведущих психоаналитиков, который был и остается настольной книгой не одного поколения психотерапевтов.

С. А. Баклушинский

Э. Р. Зими́на

*моим учителям моим студентам и моим
пациентам*

Введение

По-видимому, настало время для написания учебника по психоаналитической технике, хотя это и сопряжено с определенными трудностями. Я думаю, весьма опасно допускать двусмысленности и расхождения или отклонения в понимании слов, сказанных в приватной беседе аналитиком пациенту или тренинг-аналитиком³ кандидату, или одним коллегой другому.

Классические работы Фрейда, Гловера (Glover, 1955), Шарп (Sharpe, 1930), Фенихеля (Fenichel, 1941) по технике написаны блестяще, но они являются лишь путеводными нитями. Они не описывают достаточно детально то, что психоаналитик в действительности делает, когда он анализирует пациента. В результате, например, для одного аналитика анализ сопротивления может означать одно, а для другого – нечто совершенно иное, хотя каждый из них полагает, что анализирует сопротивление согласно классическим принципам психоанализа.

Дискуссия «Разновидности классической психоаналити-

³ Тренинг-аналитик (training analyst, англ.) – аналитик, проводящий психоанализ с кандидатами и имеющий соответствующую квалификацию. Мы предпочли этот вариант перевода варианту «обучающий аналитик», потому что последний вариант может быть также отнесен к другим преподавателям, обучающим студента психоанализу, кроме того, именно этот вариант перевода широко употребляем в профессиональном сообществе (*Примечание научного редактора*).

ческой техники» на 20-м конгрессе международной психоаналитической ассоциации, проходившем в Париже в 1957 году, проиллюстрировала многообразие точек зрения (см. Greenson et al., 1958). В 1938 году Гловер распространил среди членов Британского психоаналитического общества анкету для выяснения того, какая техническая практика наиболее популярна. Анкета показала неожиданно большое число разногласий среди членов общества, а также высокий уровень колебания, робости и нерешительности при раскрытии психоаналитиками секретов своей техники (Glover, 1955, p. 348). Блестящий обзор современной литературы по психоаналитической технике, сделанный Еленой Тартаковой (Tartakoff, 1956), ясно показал, что термин «психоанализ» в названии каждой публикации свободно применялся к совершенно разным терапевтическим методам, основанным на личных теоретических постулатах автора.

Об этой путанице и неопределенности свидетельствует и тот поразительный факт, что Комитет по определению психоаналитической терапии Американской психоаналитической ассоциации был распущен в 1953 году после шести с половиной лет бесплодных дебатов, в ходе которых пытались найти приемлемое определение психоаналитической терапии (Rangell, 1954). В качестве примера сильного расхождения во взглядах на значение динамической психиатрии и психоанализа можно привести работы Фромм-Райхманн (Fromm-Reichmann, 1954) и Эйсслера (Eissler, 1956). Учеб-

ник по психоаналитической технике, конечно же, не устранит различий во мнениях или споров по аспектам техники, но он может оказаться полезным как общий ориентир, детально и систематически регулирующий работу психоаналитика, когда тот утверждает, что анализирует определенные психические феномены пациента.

Следует отметить, что, хотя публичных дискуссий о деталях техники мало, ведется множество частных разговоров о ней между аналитиками внутри небольших закрытых групп. Как результат этого существуют многочисленные изолированные фракции – факт, который приводит к эзотерической отчужденности и тормозит научный прогресс (Glover, 1955, p. 261).

Те, кто хочет предложить нововведения или модификации техники, обычно не обсуждают их с теми, кто более традиционен в своих взглядах. Они имеют склонность формировать свою группировку и работать скрытно, или, по крайней мере, отделиться от основного течения аналитической мысли. Вследствие этого новаторы утрачивают связь с теми группами в психоанализе, которые могли бы помочь утвердить, прояснить их новые идеи и внести в них поправки. Изолированные новаторы склонны становиться «дикими аналитиками», тогда как консерваторы из-за собственной замкнутости имеют тенденцию становиться ригидными и ортодоксальными. Вместо того чтобы конструктивно влиять друг на друга, каждый из них идет своим путем, как будто они про-

тивники и слепы ко всему, что каждый мог бы почерпнуть из открытой и непрерывной дискуссии.

Единственной, но очень важной причиной поддержания открытого форума по психоаналитической технике является необходимость продемонстрировать серьезному студенту другие техники, помимо той, что применяется его супервизором. Большой недостаток обучения технике лишь у небольшой группы наставников состоит в увеличении вероятности того, что кандидат сохранит определенные невротические трансферентные чувства к своим учителям, и это мешает ему найти технику, наилучшим образом подходящую к его личностной и теоретической ориентации. Молодые психоаналитики, которые получают очевидный штамп их личного аналитика, печать, которая походит на рабскую привязанность подростков, – не редкость. С другой стороны, недавние выпускники, которые явно находятся в оппозиции к тренинг-аналитикам, могут быть точно так же опутаны неразрешенным неврозом переноса. Гловер (Glover, 1956, p. 262) называет такие реакции «переносами обучения» и подчеркивает, что они выставляют неопытного психоаналитика в смешном виде.

Впечатляет тот факт, что основы психоаналитической техники, которые Фрейд заложил в пяти небольших статьях почти 50 лет назад, до сих пор являются фундаментом психоаналитической практики (Freud, 1912a, 1912b, 1913b, 1914c, 1915a). Никаких признанных больших изменений

или продвижений в стандартной психоаналитической технике с тех пор не было.

В частности, следует отдать дань восхищения гению Фрейда за столь раннее и четкое осознание сущности психоаналитической терапии. Однако существуют и другие причины отсутствия прогресса. Одним из таких решающих факторов является сложная эмоциональная связь между студентом, обучающимся психоанализу, и его учителями – неизбежное следствие существующих методов обучения психоанализу (Kairya, 1964; Greenacre, 1966a).

Тренинг-анализ, осуществляемый как часть профессиональной подготовки студента, обычно оставляет весьма ошутимое наследство в виде неразрешенных реакций переноса, которые ограничивают и деформируют развитие студента в области психоанализа. Когда аналитик пытается проводить психоаналитическую терапию в целях обучения, он усложняет свои отношения с пациентом-студентом, ненамеренно принимая на себя ответственность за его профессиональный рост. При этом тренинг-аналитик неизбежно теряет часть своего обычного инкогнито, расщепляет мотивацию пациента и усиливает тенденции кандидата к зависимости, покорности и псевдонормальному поведению. Кроме того, в треугольнике, состоящем из студента, психоаналитического учебного заведения и тренинг-аналитика, сам аналитик, не зная этого и даже против своей воли, встает на ту или другую сторону.

Одним из вторичных последствий неразрешенных проблем переноса-контрпереноса является нежелание психоаналитиков открыто показывать друг другу, как они в действительности работают. Это положение дел, может быть, повлияло и на самого Фрейда, который, согласно Джонсу (Jones, 1956, p. 230–231), часто говорил о своем намерении систематически описать психоаналитические техники, но так и не сделал этого. Стрэчи (Strachey, 1958) полагает, что отсутствие какого бы то ни было развернутого обсуждения контрпереноса в работах Фрейда может подтверждать это предположение.

Нежелание психоаналитика выставлять на всеобщее обозрение методы своей практики исходит частично и из другого, но родственного источника. Работа психоаналитика зависит от его собственных интимных и личных психических процессов (Greenson, 1966). В результате при раскрытии того, как аналитик работает, у него возникает чувство собственной уязвимости и чувство, что он выставлен напоказ. Так как большая часть материала, предлагаемого пациентом, очень инстинктуализирована и вызывает отклик в терапевте, а понимание аналитиком пациента зависит от его особой эмпатической близости с ним, то могут возникать реакции стыда, враждебности и страха, когда требуется раскрытие данной ситуации. Как следствие этого, среди психоаналитиков много тех, кто боится публичности, и эксгибиционистов, а также тех, в ком присутствуют комбинации того и другого.

Тот факт, что многие аналитики сдержанны в открытом обсуждении своей практической деятельности, приводит к тому, что они склонны соскальзывать на крайние позиции: либо ортодокса, либо сектанта.

Психоанализ – профессия одиночек, и психоаналитики чувствуют себя комфортно, принадлежа к какой-либо группе, но это блокирует и задерживает научный прогресс, так как поддерживает конформность. В том, что это профессия одиночек, есть и дополнительная, признанная опасность, а именно отсутствие другого аналитически подготовленного наблюдателя за развитием аналитической ситуации. Собственная точка зрения аналитика на то, что он делает, ненадежна и подвержена искажению в сторону идеализации.

Я не считаю, что присутствие наблюдателей или слушателей предпочтительней, так как мне кажется, что даже если это и незаметно, в таком случае искажается аналитическая ситуация. (Другие авторы, в особенности Мертон М. Гилл, имеют иные точки зрения.) В действительности, я думаю, аналитик, работающий наедине с пациентом, и, следовательно, защищенный от испытующих взглядов его коллег, предрасположен к пристрастности и некритичности по отношению к собственной технике.

Когда кто-либо детально описывает, что он делает, проводя психоанализ, он раскрывает не только многое об интимном вовлечении в работу с пациентом, но также и о своей личной жизни. Уникальный и самый важный рабочий ин-

струмент аналитика – работа его предсознательного и бессознательного. Если он собирается подробно изложить, как и почему он подошел к какой-либо ситуации в анализе, он неизбежно должен будет раскрыть многие из своих фантазий, мыслей, черт характера и т. д. Обычная скромность и самозащита заставят его избежать любого чрезмерного раскрытия собственной интимной жизни.

Возможно, книга, которая описывает практику классической психоаналитической терапии, будет стимулировать всеобъемлющую, открытую и длительную дискуссию по психоаналитической технике. В этом случае вариации, нововведения, модификации и отклонения в технике смогут стать более ясными, будут проверены и, следовательно, будет установлена их научная ценность для психоанализа, что даст толчок прогрессу психоаналитической техники.

Я собирался писать эту книгу, приближаясь к техническим проблемам в том хронологическом порядке, как они возникают в ходе психоаналитической терапии. Я планировал начать со следующих этапов: «Предварительные интервью», «Переход к кушетке», «Первые аналитические часы» и т. д., но вскоре обнаружил, что невозможно говорить понятно, глубоко и в деталях о проблемах техники без досконального понимания сопротивления и переноса. Я также считал, что для предварительной ориентации студенты извлекли бы пользу из краткого обзора некоторых основных концепций психоаналитической теории и техники. Таким обра-

зом, эти тома составлены так, что после вводного обзора первый том начнется с разделов, посвященных сопротивлению и переносу, понятиям, которые являются фундаментальными для психоаналитической техники. Последняя часть первого тома посвящена психоаналитической ситуации. Она помещена в конец потому, что предлагает общий взгляд на связи между различными процессами, происходящими между пациентом и психоаналитиком (см. оглавление). Материалы второго тома будут более ориентированы на хронологический порядок.

Текст составлен так, что каждая глава по технике начинается с определения, которое иллюстрировано простыми клиническими примерами, затем следует краткий обзор литературы и теории, предваряющий переход к рассмотрению практических и технических вопросов. В обоих томах содержатся ссылки на библиографические источники по обсуждаемым вопросам. Там, где по отдельной теме имеются многочисленные ссылки, я даю библиографию в конце данной главы под специальным заголовком «Дополнительный список литературы». Я принял такой порядок во избежание нарушения плавности чтения материала, которое вызывает длинный библиографический список. В конце книги приведена обширная библиография.

Глава 1

Обзор основных концепций

1.1. История развития психоаналитической терапии

Один из способов выяснить, что составляет сущность психоаналитической терапии, – бросить взгляд с высоты птичьего полета на ее историческое развитие и отметить основные этапы изменений технических процедур и терапевтических процессов. Ниже я изложу краткое содержание отдельных моментов работ Фрейда по данным вопросам. Более детальное обсуждение каждой темы, включающее работы других авторов, будет приведено в соответствующем месте в последующем тексте. Позвольте мне прояснить терминологию. Я использую термин техническая процедура, говоря о приемах, инструменте, направлении действий, а также о средствах, предпринимаемых терапевтом или пациентом в целях содействия терапевтическому процессу. Гипноз, внушение, свободная ассоциация, интерпретация – примеры технических процедур. Термин терапевтический процесс используется по отношению к взаимосвязанным сериям психических событий, происходящих внутри пациента, последовательно-

сти психических сил и действий, которые имеют лечебную цель или эффект. Они обычно бывают вызваны техническими процедурами. Отреагирование, восстановление памяти, инсайт – терапевтические процессы. (Для сравнения см. работу Э. Бибринга (Bibring E., 1954) – сходный, но более исчерпывающий методологический подход к данному вопросу.) Техника психоанализа не была обнаружена или изобретена вдруг.

Она постепенно эволюционировала по мере того, как Фрейд искал способы эффективной помощи невротическим пациентам. Хотя позже он и предостерегал от излишнего энтузиазма при лечении, но именно терапевтическое намерение и привело его к открытию психоанализа. Фрейд был проницательным клиницистом, он смог увидеть, что имеет значение в запутанных последовательностях клинических событий, являющихся следствиями различных технических процедур, которые он использовал.

У него был также дар воображения и теоретического осмысления, соединяя которые, он строил гипотезы о соотношении техники, клинических проявлений и терапевтических процессов. К счастью, Фрейд обладал той комбинацией темперамента и черт характера, которая дала ему возможность быть конкистадором, «искателем приключений» в области психики и внимательным научным исследователем (Jones, 1953, p. 348; 1955, Ch. 16). У него была уверенность в успехе и способность исследовать новые области мышления

энергично и творчески. Когда что-то оказывалось неверным, у него хватало скромности изменить как технику, так и теорию.

При внимательном чтении технических и клинических статей Фрейда обнаруживается, что изменения в технике не были ни резкими, ни полными. Можно увидеть изменения в расстановке акцентов или в значимости, придаваемой данной процедуре или терапевтическому процессу. Вместе с тем можно выделить различные фазы в развитии технических процедур и в теории терапевтического процесса. Сам Фрейд кратко описал три фазы, но это было еще до того, как он подошел к структурной точке зрения (Freud, 1914c).

1.11. Изменения в технических процедурах

Хотя Фрейд в 1882 году знал о случае Анны О. от Брейера и изучал гипноз у Шарко с октября 1885 по февраль 1886, начав практиковать, он ограничивался использованием общепринятых терапевтических методов того времени. На протяжении почти 20 месяцев он применял электростимуляцию, водолечение, массаж и т. д. (Jones, 1953, Ch. 12). Не удовлетворенный результатами, он начал использовать гипноз в декабре 1887 года, очевидно, пытаясь подавить симптомы пациента.

В случае Эммы фон Н. (1889) Фрейд впервые использовал

гипноз в целях катарсиса. Его терапевтический подход состоял в следующем: он гипнотизировал пациентку и приказывал ей рассказать о происхождении каждого из ее симптомов. Он спрашивал, что испугало ее, что вызвало рвоту или опечалило ее, когда происходили те события и т. д. Пациентка отвечала серией воспоминаний, что часто сопровождалось сильным аффектом. В конце Фрейд внушал пациентке, чтобы она забыла расстраивающие ее воспоминания.

К 1892 году Фрейд осознал, что его способность гипнотизировать пациентов сильно ограничена, и он встал перед выбором: либо отказаться от катартического лечения, либо попытаться делать это без сомнамбулической стадии (Breuer and Freud, 1893–1895, p. 108). Чтобы обосновать этот подход, он вспомнил, как Бернхейм продемонстрировал, что пациентов можно заставить вспомнить забытые события просто путем внушения в бодрствующем состоянии (p. 109). Фрейд, следовательно, пришел к предположению, что пациенты знают все, что имело для них патогенное значение, и вопрос только в том, чтобы обязать их сообщить это. Он приказывал пациентам лечь, закрыть глаза и сконцентрироваться. Он надавливал на лоб и настойчиво говорил, что воспоминания должны появиться (p. 270).

Элизабет фон Р. (1892) была первой пациенткой, которую Фрейд вылечил внушением в бодрствующем состоянии. К 1896 году Фрейд совершенно отказался от гипноза⁴. Не со-

⁴ См. комментарии Strachey, Standard Edition, 2: 111.

всем ясно, когда он отказался от использования внушения в качестве основного терапевтического инструмента. Тем не менее к 1896 году Фрейд уже закончил работу над «Толкованием сновидений», хотя оно не было опубликовано до 1900 года. Вероятно, со способностью постигать структуру и значение сновидений, возросло его умение интерпретировать их. Вследствие этого Фрейд получил возможность все более и более полагаться на спонтанное продуцирование материала пациентом. Он смог использовать интерпретации и конструкции, чтобы дойти до вытесненных воспоминаний.

Точная дата открытия процедуры свободных ассоциаций неизвестна. Очевидно, эта процедура постепенно развивалась между 1892 и 1896 годами, уверенно очищаясь от гипноза, внушения, давления и опрашивания, которые сопровождали ее вначале (Jones, 1953, p. 242–244). Намеки на нее появились уже в 1889 году, в случае Эммы фон Н. (Breuer, Freud, 1893–1895, p. 56). Джонс описывает реальный случай, когда Фрейд настойчиво расспрашивал Элизабет фон Р. и она упрекнула его в том, что он прерывает ход ее мыслей. Фрейд скромно последовал ее совету, и метод свободной ассоциации сделал гигантский шаг вперед.

Фрейд объяснял, что при отказе от гипноза и внушения теряется возможность расширения сознания, которое дает доступ к патогенным воспоминаниям и фантазиям. Свободная ассоциация выступает как вполне удовлетворительный их заменитель, позволяющий произвольным мыслям па-

циента войти в терапевтическую ситуацию. Вот описание этого метода, сделанное Фрейдом: «Не оказывая какого-либо давления, аналитик предлагает пациенту лечь удобно на софе, тогда как сам он сидит на стуле за ним, вне поля зрения пациента. Он даже не просит его закрыть глаза и избегает любых прикосновений, так же как избегает любых других процедур, которые могут напомнить о гипнозе. Сессия, следовательно, проходит как беседа между двумя людьми, в равной степени бодрствующими, но один из них воздерживается от любых мускульных усилий и сенсорных впечатлений, которые могут отвлечь его внимание от собственной умственной деятельности... Для того чтобы добиться таких идей и ассоциаций, аналитик просит пациента «позволить себе войти» в такое состояние, «как если бы они беседовали бесцельно, бессвязно, наугад» (Freud, 1904, p. 250–251). Процедура свободной ассоциации стала известна как фундаментальное, или основное, правило психоанализа (Freud, 1912a, p. 107).

Свободная ассоциация остается основным и единственным методом коммуникации для пациентов в ходе психоаналитического лечения. Интерпретация же остается решающим, наиболее важным инструментом аналитика. Эти две технические процедуры придают психоаналитической терапии отличительные черты. Другие способы общения также встречаются в ходе психоаналитической терапии, но они являются не основными, а подготовительными, или вторичными.

ми, и не типичными для психоанализа. Этот момент будет обсуждаться в разделе 1.34.

1.12. Изменения в теории терапевтического процесса

Работа «Исследования истерии» (1893–1895) может рассматриваться как начало психоанализа. Фрейд пытался обнаружить то, что составляет сущность терапевтического процесса при лечении истерии. Впечатляет тот факт, что некоторые из тех явлений, которые уже в то время описал Фрейд, стали основой психоаналитической теории терапии. Как это было характерно для Фрейда, начав с борьбы по преодолению препятствий его терапевтическому подходу, позже он осознал, что эти помехи были решающими для понимания невротизации пациентов и терапевтического процесса. Настойчивость и гибкость дали возможность Фрейду справиться с множеством препятствий, что и привело к открытию психоанализа.

В «Предварительном сообщении» (1893) Брейер и Фрейд (Breuer, Freud, 1893–1895) утверждали: «Каждый истерический симптом немедленно и надолго исчезал, когда нам удалось пролить свет на воспоминания о событии, которым этот симптом был спровоцирован, и вызвать сопровождающий его аффект, и когда пациент описывал то событие как можно более детально и переводил аффект в слова» (р. 6).

Они полагали, что только путемотреагирования пациент может достичь полного «катартического» эффекта и, таким образом, освободиться от истерического симптома. Эти переживания, как они утверждали, отсутствовали в памяти пациента в нормальных условиях и могли быть получены только путем гипноза.

Патогенные мысли сохранялись столь «свежими» и аффективно заряженными потому, что они не были включены в нормальный процесс забывания. Они имели дело с «удушенными» аффектами (р. 17). Разрядка «удушенных» аффектов лишила бы патогенные воспоминания их силы, и симптомы бы исчезли.

В тот момент истории психоанализа отреагирование и разрядка рассматривались как терапевтические процессы, причем с акцентом на отреагировании. Терапевт гипнотизировал пациента и пытался заставить его вспомнить травматическое событие, чтобы затем произошло целительное катартическое переживание. У Анны О., которую Брейер лечил в 1882 году, бывали спонтанные гипнотические трансы, во время которых она переживала вновь прошлые травматические события. Когда она выходила из сомнамбулического состояния, она чувствовала облегчение. Таким образом, опыт Анны О. проложил путь для метода катартической терапии. Сама она называла это «лечение разговором» или «прочисткой труб» (р. 30).

Постепенно у Фрейда складывалось представление и о той

силе в пациенте, которая противостоит лечению. Окончательно оно выкристаллизовалось в случае Элизабет фон Р., которую он не мог загипнотизировать и которая отказывалась сообщить некоторые свои мысли, несмотря на то, что он настаивал на этом (р. 154). Он пришел к заключению, что эта сила, сопротивляющаяся лечению, есть та же самая сила, которая удерживает патогенные мысли от осознания (р. 268). Целью этого была (р. 268) защита. «“Незнание” истерического пациента было фактически “нежеланием знать”» (р. 269–270). Задача терапевта, как считал Фрейд, была в том, чтобы преодолеть это сопротивление, что он и делал, «настаивая», подталкивая, расспрашивая, надавливая на лоб и т. д.

Фрейд признавал, что личное влияние врача может быть чрезвычайно значимо, и предлагал терапевту действовать как просветителю, учителю, духовному отцу (р. 282). Вместе с тем он осознал, что при определенных условиях отношение пациента к врачу может «нарушиться» – фактор, который превращает отношения пациент-врач в «наихудшее препятствие, которое мы можем встретить» (р. 301). Это может произойти, если пациент почувствует к себе пренебрежение, станет сексуально зависимым или перенесет на фигуру врача внушающие беспокойство мысли из содержания анализа (р. 302). При работе следовало вывести все на сознательный уровень и вернуться назад, к тому моменту в лечении, когда это возникло. Затем следовало попытаться побудить пациента к общению, несмотря на эти его чувства (р. 304).

Таким образом, Фрейд открыл явления сопротивления и переноса, хотя, по существу, они им рассматривались как помехи в работе. Главной целью было достичь аффективного отреагирования и восстановить травматические воспоминания. Реакции переноса и сопротивления следовало обойти или преодолеть.

В работе «Исследования истерии» Фрейд пытался сфокусировать свои терапевтические усилия на индивидуальной симптоматике пациента. Он признавал, что эта форма терапии – симптоматическая, а не каузальная (р. 262). В случае Доры, описание которого было опубликовано в 1905, хотя создано в 1901 году, Фрейд констатировал, что психоаналитическая техника полностью революционизирована (Freud, 1905a, р. 12). Он более не старался прояснить каждый симптом, один за другим. Он пришел к выводу, что такой метод совершенно неадекватен комплексной структуре невроза. Теперь Фрейд предлагал пациенту самому выбирать тему сессии, а сам начинал работу с того, что было на поверхности бессознательного в данный момент.

Очевидно, Фрейд понял, что терапевтический процесс в виде одного-единственного действия не может быть эффективным, так как невротические симптомы имеют множественные причины. Хотя он уже пришел к принципу сверхдетерминации в работе «Исследования истерии» (р. 173–174), но более отчетливо сформулировал свое мнение по этому вопросу в статье «Психоаналитический метод Фрей-

да», опубликованной в 1904 году. В этом эссе он утверждает, что изменения в технике от гипноза и внушения к свободной ассоциации привели к новым открытиям и, в «конечном счете, неизбежно повлекли за собой создание особой, хотя и не противоречащей прежней, концепции терапевтического процесса» (р. 250). Гипноз и внушение маскируют сопротивление и мешают выявить психические силы, действующие в пациенте. Путем избегания сопротивления можно получить лишь неполную информацию и достичь временного терапевтического успеха. Терапевтическая задача состоит в преодолении сопротивления, устранении вытеснения, в результате чего провалы в памяти будут заполнены.

Я полагаю, что здесь мы видим сдвиг в теории терапевтического процесса от доминирующей важности отреагирования аффектов к преодолению амнезии. Это не противоречит тому факту, что отреагирование имеет терапевтический эффект. Позволив осуществиться разрядке эмоционального напряжения, пациент обычно испытывает временное чувство облегчения. Более того, катарсис ценен тем, что эмоциональная разрядка снижает аффективную напряженность, а с меньшим количеством аффекта легче справиться. Более важен тот факт, что вербализация, сопровождающая разрядку эмоций и влечений, дает возможность исследовать их более четко. Но катарсис не является более конечной целью терапии. Я полагаю, что это как раз то, о чем Фрейд упоминал в связи с «особой, но не противоречащей концепцией»,

о чем говорилось выше.

Новый акцент был теперь сделан на том, чтобы бессознательное стало сознательным, на устранении амнезии и восстановлении вытесненных воспоминаний. Сопротивление стало краеугольным камнем психоаналитической теории, было соотнесено с теми силами, которые вызывают вытеснение. Аналитик использует искусство интерпретации для того, чтобы преодолеть сопротивление.

В случае Доры (Freud, 1905a) Фрейд впервые подчеркнул решающую роль переноса. «Перенос, которому, кажется, предопределено было быть самой большой помехой психоанализу, становится его самым могучим союзником, если каждый раз его присутствие может быть обнаружено и объяснено пациенту» (р. 117). В постскриптуме к описанию этого случая Фрейд описывает, как пациентка внезапно прекратила лечение, потому что ему не удалось проанализировать множественные элементы переноса, которые вмешивались в терапевтическую ситуацию.

В работе «Динамика переноса» (Freud, 1912a) он описывает связь между переносом и сопротивлением, позитивный и негативный перенос и амбивалентность реакций переноса. Одно положение заслуживает цитирования, так как в нем отчетливо видна новая терапевтическая ориентация Фрейда. «Борьба между врачом и пациентом, между интеллектом и инстинктивной жизнью, между пониманием и стремлением действовать проигрывается почти исключительно в явлении

переноса. На этом поле битвы должна быть победа – победа, которая выражается в долговременном излечении невроза. Не подлежит сомнению тот факт, что контроль над явлениями переноса связан для психоаналитика с большими трудностями. Но не следует забывать, что именно эти трудности оказывают нам неоценимую услугу, делая скрытые и забытые эротические влечения непосредственными и явными. Когда все сказано и сделано, невозможно уничтожить кого-либо *in absentia*⁵ или *effigie*⁶» (p. 108).

С 1912 года последовательный анализ переноса и сопротивления стал центральным элементом терапевтического процесса. Позже, в том же году, Фрейд предостерегал против удовлетворения переноса и предлагал психоаналитику быть непроницаемым как зеркало для пациента и сохранять свою анонимность (Freud, 1912b, p. 118). В своей работе «Воспоминание, повторение и проработка» (Freud, 1914c) Фрейд описывает особую проблему отыгрывания, соотнося ее с переносом и сопротивлением и связывает ее с навязчивым повторением. Он использует термин «невроз переноса» для обозначения того, что во время психоанализа пациент замещает свой обычный невроз этим неврозом, вовлекая аналитика. Этот вопрос подробно рассматривается в главе XXVIII в «Лекциях по введению в психоанализ» (Freud, 1916–1917, p. 454–455).

⁵ *In absentia* (лат.) – в отсутствие (Примечание переводчиков).

⁶ *Effigie* (лат.) – по изображению (Примечание переводчиков).

В этой главе к дискуссии по терапевтическим процессам было добавлено кое-что новое: Фрейд отмечает, что при анализе переноса становится возможной перестройка Я (p. 455). Он утверждал, что интерпретация, трансформирует то, что было бессознательным, в то, что осознается, расширяет Я за счет бессознательного. В работе «Я и Оно»⁷ (Freud, 1923b) Фрейд выразил эту мысль довольно сжато: «Психоанализ – инструмент, дающий возможность Я добиваться поступательной победы над Ид» (p. 56). В 1933 году Фрейд писал, что в психоанализе основные усилия направлены на то, чтобы «усилить Я, сделать его более независимым от Сверх-Я, расширить сферу восприятия и укрупнить его организацию так, чтобы оно могло присвоить свежую порцию Оно. Где было Оно, там будет Я» (p. 80). И снова в работе «Анализ конечный и бесконечный» (Freud, 1937a) Фрейд утверждает: «Дело анализа – обеспечить, насколько это возможно, наилучшие психологические условия для функционирования Я,

⁷ Здесь и далее при ссылках на работы З. Фрейда мы переводим «Id», «Ego» и «Super-Ego» как «Оно», «Я» и «Сверх-Я», ориентируясь на традицию перевода немецких слов «Es», «Ich» и «Über-Ich», так как в оригинале эти работы были написаны на немецком языке. В других случаях мы переводим эти термины как «Ид», «Эго» и «Супер-Эго» в соответствии со складывающейся традицией перевода англоязычных психоаналитических текстов (см. также обсуждение проблемы перевода этих терминов А.Казанской во вступительной статье «От редактора русского перевода» в кн.: Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. – М... 1996, т. 1, с. 20–21; а также: Балинт Микаэл. Базисный дефект. – М.: Когито-Центр, 2002, с. 54–55; Роут Шелдон. Психотерапия: Искусство постигать природу. – М., Когито-Центр, 2002, с. 323–324) (Примечание научного редактора).

только в этом случае он выполнит свою задачу» (р. 250).

Делая обзор исторического развития основных процедур и процессов психоаналитической терапии, можно заметить, что гипноз был оставлен, но все остальные элементы сохранились, хотя и совсем на других ролях в терапевтической иерархии (Loewald, 1955). Внушение не используется для получения воспоминаний и не является более главным терапевтическим приемом психоанализа. Оно может быть применено как временная поддерживающая мера, необходимость в которой в конечном счете должна быть проанализирована (это будет обсуждаться в разделе 1.34).

Отреагирование более не рассматривается как терапевтическая цель, но оно ценно в другом плане. Аналитик по-прежнему пытается выйти за пределы барьера сознания, но теперь он использует свободную ассоциацию, анализ сновидений и интерпретацию. Главное поле деятельности для аналитической работы – это область переноса и сопротивления. Мы надеемся сделать бессознательное сознательным, вернуть отвращенные⁸ воспоминания и преодолеть инфантильную амнезию. Но даже и это не концептуализируется более как конечная цель. Единственной целью психоанализа является увеличение относительной силы Эго по отношению к Супер-Эго, Ид и внешнему миру.

⁸ Ward off (англ.) – здесь и далее переводится как «отвращать» (что-либо от себя). (Примечание научного редактора).

1.2. Теоретические основы техники

1.21. Связь между теорией и практикой

Прежде чем перейти к более полному и системному рассмотрению терапевтических процедур и процессов, сделаем краткий обзор некоторых основных теоретических концепций психоанализа. Между теорией и практикой существует реципрокная связь. Клинические открытия могут привести к новым теоретическим формулировкам, которые могут так повлиять на восприятие и технику аналитика, что станет возможным получение новых клинических инсайтов. Обратное также верно. Ошибочная техника может привести к искажению клинических данных, которые, в свою очередь, могут лечь в основу ошибочных теоретических построений. Всякий раз, когда интеграция между теорией и практикой недостаточна, страдают оба аспекта (Hartmann, 1951, p. 143).

Например, с сопротивлением можно работать более эффективно, если знать многочисленные функции сопротивления, его связь с защитами, а также его цель в каждом конкретном случае.

Некоторые аналитики резко разделяют свои практические и теоретические знания. Одни делают это, пассивно следуя за пациентом до тех пор, пока какой-нибудь фрагмент мате-

риала не становится понятным, и затем неизбежно сообщают его пациенту. Они неправильно используют идею, что бессознательное самого аналитика, его эмпатия являются наиболее важными инструментами терапии, и игнорируют необходимость проделывать некоторую интеллектуальную работу над получаемыми данными. Поэтому у них нет целостного взгляда на пациента, нет реконструкций более крупных частей жизни пациента, а есть лишь коллекция инсайтов. Заблуждения в другом направлении равно опасны; есть аналитики, которые слишком поспешно формулируют теории на основе скудных клинических данных. Для них анализ становится некоторым состязанием ума или интеллектуальным упражнением. Такие аналитики избегают инстинктивного или эмоционального вовлечения в работу с пациентами, они отказываются от интуиции и эмпатии и становятся сборщиками данных или интерпретационными автоматами.

Психоаналитическая терапия предъявляет к аналитику очень противоречивые требования. Он должен вслушиваться в материал пациента, позволяя развиваться свободной игре своих собственных ассоциативных фантазий и воспоминаний; более того, он должен тщательно исследовать и осмысливать приобретенные таким образом инсайты до того, как они будут безопасно переданы пациенту (Ferenczi, 1919a, p. 189). Способность позволить себе свободно ассоциировать приобретается аналитиком из опыта собственно-

го успешного анализа. Для того чтобы эффективно использовать теоретические знания на практике, ими нужно интеллектуально овладеть; они, кроме того, должны быть доступными, когда в них есть потребность, без доминирования над клиническим мастерством. Для того чтобы работа аналитика оставалась научной, необходимо, чтобы он имел способность свободно перемещаться от использования эмпатии и интуиции к своим теоретическим познаниям (Fenichel, 1941, р. 1–5; Kohut, 1959).

В первые годы развития психоанализа большая доля успеха в продвижении вперед была обусловлена клиническими открытиями. В последние же годы перевес, кажется, был на стороне техники. Когда Фрейд открыл решающую важность систематического анализирования сопротивления пациентов, он почти на двадцать лет опередил открытие сопричастности Эго к этой процедуре. Сегодня мы, по-видимому, знаем гораздо больше о функциях Эго, чем в состоянии использовать в нашей технике (Hartmann, 1951). Но я полагаю, что наша величайшая надежда на прогресс техники возлагается на более полную интеграцию клинических, теоретических и технических знаний.

1.22. Психоаналитическая теория невроза

Теория и техника психоанализа базируются в основном

на клинических данных, полученных при изучении неврозов. Хотя в последние годы наметилась тенденция расширять рамки психоаналитических исследований, включая нормальную психологию, психозы, социологические и исторические проблемы, наши знания в этих областях не прогрессировали столь стремительно, как наше понимание психоневрозов (Freud A., 1954a; Stone, 1954b).

Клинические данные по неврозам снабжают нас наиболее достоверным материалом для формулирования психоаналитической теории. Для того чтобы понять теорию психоаналитической техники, читателю необходимо иметь определенные знания по психоаналитической теории невроза. «Лекции по введению в психоанализ» (Freud, 1916–1917) Фрейда и работы Нунберга (Nunberg, 1932), Фенихеля (Fenichel, 1945a), Уэлдера (Waelder, 1960) – великолепные источники по этому предмету. Здесь же я только намечу основные моменты, которые я считаю наиболее важными теоретическими посылками для понимания техники.

Психоанализ утверждает, что психоневрозы базируются на невротическом конфликте. Конфликт препятствует разрядке инстинктивных влечений, что кончается состоянием запруженности. Эго становится все менее способным справиться с усиливающимися напряжениями и в конце концов оказывается переполненным ими. Непроизвольные разрядки проявляются клинически как симптомы психоневроза. Термин «невротический конфликт» используется в един-

ственном числе, хотя всегда имеется более чем один важный конфликт. Привычка и удобство заставляют нас говорить о единичном конфликте (Colby, 1951, p. 6).

Невротический конфликт – это бессознательный конфликт между импульсом Ид, стремящимся к разрядке, и защитой Эго, отвращающей непосредственную разрядку или доступ к сознанию. Временами клинический материал показывает конфликт между двумя инстинктивными потребностями, например, гетеросексуальная активность может быть использована для предотвращения гомосексуальных желаний. Анализ покажет, что гетеросексуальная активность может быть использована в таком случае в целях защиты, чтобы избежать болезненных ощущений вины и стыда. Гетеросексуальность в данном примере выполняет требования Эго и находится в оппозиции к более запретному инстинктивному импульсу – гомосексуальности. Следовательно, формулировка, что невротический конфликт есть конфликт между Ид и Эго, остается по-прежнему в силе.

Внешний мир также играет важную роль в формировании невроза, но и здесь, чтобы возник невротический конфликт, он должен переживаться как внутренний конфликт между Эго и Ид. Внешний мир может вызвать инстинктивные искушения и ситуации, от которых, видимо, следует уклоняться, так как они несут с собой опасность какого-то наказания. В результате мы будем иметь дело с невротическим конфликтом, если инстинктивные искушения или опасность будут за-

блокированы от сознания. Конфликт с внешней реальностью становится, таким образом, конфликтом между Ид и Эго.

Супер-Эго играет более сложную роль в невротическом конфликте. Оно может войти в конфликт на стороне Эго или Ид, или на стороне и того, и другого. Супер-Эго – это та инстанция, которая делает инстинктивное влечение запретным для Эго. Именно Супер-Эго заставляет Эго чувствовать себя виноватым даже за символическую и искаженную разрядку, и потому сознательно она ощущается весьма болезненно. Супер-Эго также может войти в невротический конфликт, став регрессивно реинстинктуализированным так, что самоупреки приобретают качество влечения. Пациент, подавленный виной, может быть затем загнан в ситуации, вновь и вновь заканчивающиеся болью. Все части психического аппарата участвуют в формировании невротического симптома (см. Fenichel, 1941, Ch. II; 1945a, Ch. VII, VIII; Waelder, 1960, p. 35–47; и дополнительный список литературы).

Ид все время стремится к разрядке, оно будет пытаться получить некоторое частичное удовлетворение путем использования производных и регрессивных выходов. Эго, для того чтобы потакать требованиям Супер-Эго, должно искажать даже эти производные инстинктов так, чтобы они появлялись в замаскированной форме, едва узнаваемой как инстинктивная. Тем не менее Супер-Эго заставляет Эго чувствовать себя виноватым, и искаженная инстинктивная активность различными способами вызывает боль. Это ощу-

щается как наказание, но никак не удовлетворение.

Ключевой фактор в понимании патогенного исхода невротического конфликта – это необходимость для Эго постоянно тратить энергию в попытках не дать опасным тенденциям доступа к сознанию и моторике. В конечном счете это приводит к относительной недостаточности Эго и к тому, что производные первоначального невротического конфликта переполняют истощенное Эго и прорываются в сознание и поведение. С этой точки зрения психоневроз может быть понят как травматический невроз (Fenichel, 1945a; Ch.VII, VIII). Относительно безобидный стимул способен возбудить какое-либо влечение Ид, которое может быть связано с запруженным инстинктивным резервуаром. Истощенное Эго не в состоянии осуществлять свои охранные функции, оно переполняется до такой степени, что вынуждено позволить некоторую разрядку инстинктивным влечениям, хотя даже такая разрядка будет замаскирована и искажена в своем проявлении. Эти замаскированные, искаженные произвольные разрядки проявляются клинически как симптомы психоневроза.

Позвольте мне проиллюстрировать это относительно простым примером. Несколько лет назад молодая женщина, миссис А., пришла для лечения в сопровождении своего мужа. Она пожаловалась, что не в состоянии выходить из дома в одиночку и чувствует себя в безопасности только с мужем. Кроме

того, она пожаловалась на страх обморока, страх головокружения, боязнь недержания. Эти симптомы появились совершенно внезапно почти полгода назад, когда она была в косметическом кабинете.

Анализ, продолжавшийся несколько лет, показал, что фактическим толчком для внезапного появления фобий у пациентки было то, что ее причесывал мужчина-парикмахер. В конце концов мы смогли обнаружить факт, что в тот момент она вспомнила, как ее причесывал отец, когда она была маленькой. В тот день она пошла в парикмахерскую в приятном предвкушении свидания с отцом, который собирался нанести первый визит молодоженам после их свадьбы. Он собирался остановиться в их доме, и она была переполнена восторгом, это она сознавала. Бессознательно же она чувствовала вину за эту любовь к отцу и главным образом бессознательную враждебность по отношению к мужу.

Очевидно, такое безобидное событие, как причесывание волос, возбудило старые сильные инцестуозные стремления, враждебность, вину и тревогу. Короче говоря, миссис А. нуждалась в сопровождении мужа, чтобы быть уверенной, что он не убит ее пожеланиями смерти. Кроме того, его присутствие охраняло ее от сексуального отыгрывания. Страхи обморока, головокружения, недержания были символическими представителями страха потери морального равновесия, потери самоконтроля, страха запятнать свою репутацию, унизиться, потерять свое

высокое положение. Симптомы молодой женщины были связаны с приятными телесными ощущениями, так же как и с инфантильными фантазиями наказания.

Я полагаю, что можно сформулировать события следующим образом: причесывание волос возбудило вытесненные импульсы Ид, которые привели ее к конфликту с Эго и Супер-Эго. Несмотря на отсутствие явных невротических симптомов до неожиданного появления фобий, имелись признаки того, что ее Эго уже относительно истощено, а Ид испытывает необходимость в адекватной разрядке. У миссис А. годами были бессонницы, ночные кошмары, нарушения сексуальной жизни. В результате фантазии, вызванные причесыванием волос, увеличили напряжение Ид до такой степени, что оно затопило инфантильные защиты Эго и появились непроизвольные разрядки, что привело к формированию острого симптома.

Следует сразу отметить два дополнительных момента, хотя дальнейшее прояснение будет пока отложено. Эго пытается справиться с запретными или опасными влечениями Ид, прибегая к различным защитным механизмам, имеющимся в его распоряжении. Защиты могут быть успешными, если они обеспечивают периодическую разрядку инстинктивных напряжений. Они становятся патогенными, если большое число либидинозных или агрессивных импульсов исключены из контакта с остальной частью личности (Freud A., 1965, Ch. V). В конечном счете то, что вытеснено, возвраща-

ется в виде симптомов.

Невроз взрослого человека всегда построен вокруг какого-то ядра из его детства. Случай миссис А. показывает, что ее сексуальные чувства все еще фиксированы на детском образе ее отца, и сексуальность сейчас так же запретна, как и в детстве. Хотя миссис А. и преодолела свой детский невроз в достаточной мере для того, чтобы эффективно действовать во многих областях жизни, она остается невротически регрессировавшей во всем, что касается генитальной сексуальности. Фобии ее детства и тревоги по поводу тела вернулись в ее взрослом неврозе. (Единственный невроз, не имеющий базы в детстве, – это истинный травматический невроз, который чрезвычайно редок и редко встречается в чистом виде. Он часто связан с психоневрозом.

См.: Fenichel, 1945a, Ch.VII.)

1.23. Метапсихология психоанализа

Понятие психоаналитической метапсихологии относится к тому минимальному количеству допущений, на которых базируется система психоаналитической теории (Rapaport and Gill, 1959). Работы Фрейда по метапсихологии не являются полными и систематическими. Седьмая глава «Толкования сновидений» (Freud, 1900), «Статьи по метапсихологии» (Freud, 1915b, 1915c, 1915d, 1917b) и приложения к «Торможениям, симптомам и тревоге» (Freud, 1926a) –

основные работы, на которые часто ссылаются в этой связи. В действительности Фрейд ясно сформулировал только три метапсихологических подхода: топографический, динамический и экономический. Генетический подход он, по-видимому, считал не требующим доказательств. Хотя Фрейд и не определил структурный подход, он полагал, что данный подход может заменить топографический (Freud, 1923b, p. 17).

(См. по этому вопросу: Rapaport and Gill, 1959; Arlow, Brenner, 1964).

Адаптивный подход также является неотъемлемым для психоаналитического мышления (Hartmann, 1939).

Клинический смысл метапсихологии подразумевает, что для того чтобы досконально понять психическое событие, необходимо проанализировать его с шести различных точек зрения: топографической, динамической, экономической, генетической, структурной и адаптивной. В клинической практике мы анализируем продукцию наших пациентов лишь частично и фрагментарно, в данном интервале времени. Тем не менее опыт учит нас, что мы действительно используем все эти подходы, когда пытаемся проработать наши первичные инсайты. Я попытаюсь набросать контуры этих концепций. В поисках более подробного обзора читателю следует обратиться к работам Фенихеля (1945а, ч. II), Раппорта и Гилла (1959), Арлоу и Бреннера (1964).

Раньше всего Фрейд постулировал топографический под-

ход. В седьмой главе «Толкования сновидений» (1900) он описал различные способы функционирования, которые определяют сознательные и бессознательные явления. «Первичный процесс» властвует над бессознательным материалом, а «вторичный процесс» управляет сознательными явлениями. У бессознательного материала только одна цель – разрядка. Здесь нет чувства времени, порядка или логики, а противоположности могут сосуществовать без взаимного аннулирования. Конденсация и смещение – другие характеристики первичного процесса. Обозначение психического события как сознательного или бессознательного предполагает более чем просто качественное отличие.

Характеристиками бессознательных феноменов являются архаичные и примитивные способы функционирования.

Позвольте мне проиллюстрировать это. Пациент рассказал мне такой сон: «Я сооружаю пристройку к передней части моего дома. Вдруг меня прерывает плач моего сына. Я ищу его, переполненный ужасными ожиданиями, и вижу его в отдалении, но он убегает прочь. Я начинаю сердиться и в конце концов ловлю его. Я принимаюсь выговаривать ему за то, что он убегал от меня, и вдруг замечаю, что у него треугольная рана в углу рта. Я говорю ему, чтобы он не разговаривал, так как разрез станет больше. Я вижу розовую плоть под кожей и чувствую тошноту. Потом я осознаю, что это вовсе не мой сын, а мой старший брат. Он улыбается мне снисходительно, как будто одурачил

меня. Я отворачиваюсь от него, но смущаюсь, так как чувствую, что я потный и разгоряченный, и он может заметить, что от меня дурно пахнет».

Ассоциации пациента можно свести к следующему: «Мой старший брат, бывало, задира́л меня, когда я был маленьким, но затем у него был нервный срыв, и я стал сильнее его. Мой брат копирует меня во всем. Когда я купил многоместный легковой автомобиль, он купил такой же. Когда мы с женой забеременели, он тоже забеременел. Похоже, у моего брата проблемы с маскулинностью. Его сын в четыре года все еще в кудряшках и не говорит. Я пытался ему объяснить, что кудри мальчику не к лицу».

В этом месте я вмешался и отметил, что пациент сказал: «Когда мы с женой забеременели, он тоже забеременел». Пациент, защищаясь, ответил, что это просто его манера говорить. Затем он рассмеялся и сказал, что, возможно, он думал, что может иметь ребенка, когда был маленьким. Его мать сожалела, что он родился мальчиком, она завивала ему локоны и одевала в платья. Он действительно помнил, что играл с куклами до шести лет. Треугольная рана напомнила ему сильный разрез, который он видел у своего товарища по играм в детстве. Этот разрез навел его на мысль о вагине. Его жена перенесла операцию на вагине, и ему становится плохо, когда он об этом думает.

Я снова вмешался и показал пациенту, что сон содержит мысль о том, что лучше помолчать, если хочешь спрятать рану, если же будешь разговаривать,

то выставишь ее напоказ. Пациент задумался, а потом сказал, что он предполагает, что боится раскрыть некоторое свое беспокойство по поводу своей мужественности. Может быть, у них с братом происходила некоторая активность гомосексуальной природы, как мы предположили ранее.

Сон и ассоциации ясно демонстрируют некоторые характерные черты первичного и вторичного процессов. «Я сооружаю пристройку к передней части моего дома», – вероятно, символизирует фантазию беременности в бессознательном моего пациента-мужчины. Это появляется и позже, в его ассоциациях, когда он говорит: «Когда мы с женой забеременели, он тоже забеременел». Треугольная рана символизирует образ вагины у пациента. Это также намекает на его кастрационную тревогу, проявляющуюся в ощущении тошноты во сне, и в плохом самочувствии при мысли об операции на вагине, которая пришла во время ассоциаций. Сын превращается во сне в его брата, но это не вызывает никакого удивления во сне, где логика и время не важны. Однако это превращение выражает в конденсированной форме, что хотя на поверхности пациент может казаться командиром, но и в прошлом, и в аналитической ситуации пациент имел и все еще имеет некоторые пассивные, анальные и феминные установки и фантазии. Треугольный разрез является как смещением снизу вверх⁹, так и конденсацией. Маленький мальчик, убегающий прочь, является также

⁹ То есть от вагины ко рту (Примечание научного редактора).

конденсацией сына пациента, на которого направлены его гомосексуальные желания и тревоги, старшего брата пациента и его самого. Сам анализ в данном сновидении представлен в виде сооружения пристройки, страшных ожиданий, убегания прочь и предостережения хранить молчание. Аналитик представлен как человек, бегущий за маленьким мальчиком, сердящийся на него за то, что он убегает прочь, улыбающийся снисходительно и смущающий тем, что может заметить дурной запах.

Я думаю, что это сновидение и ассоциации продемонстрировали множество качеств первичного и вторичного процессов, как они предстают в каком-либо фрагменте клинической работе.

Динамический подход предполагает, что психические феномены являются результатом взаимодействия разных сил. Фрейд (Freud, 1916–1917, p. 67) для демонстрации этого использует анализ ошибок: «Я попросил бы вас держать в голове как модель тот способ, которым мы исследуем эти феномены. Из этого примера вы можете узнать цели нашей психологии. Мы стараемся не просто описать и классифицировать явления, но и понять их как проявление взаимодействия сил в психике, как манифестацию целенаправленных устремлений, конкурирующих или находящихся во взаимной оппозиции. Мы имеем дело с динамическим взглядом на психические феномены». Это допущение является основой для всех гипотез, рассматривающих инстинктивные влечения, защиты, интересы Эго и конфликты. Формирование симптомов,

амбивалентность и сверхдетерминация – примеры динамики.

Пациент, который страдал от преждевременной эякуляции, имел бессознательные страхи и ненависть к вагине. Она представлялась ему ужасной, гигантской полостью, которая могла бы поглотить его.

Это грязная, скользкая, тошнотворно растянутая труба. В то же самое время вагина была сладкой, сочной, дающей молоко грудью, которую он страстно хотел взять в рот. Во время полового акта он колебался между фантазиями, что, с одной стороны, огромная вагина поглотит его, и, с другой – его эрегировавший пенис может прорвать и распороть ее хрупкие и тонкие стенки, так что они закровоточат. Его преждевременная эякуляция была выражением желания запачкать и унижить этот ненавистный орган, а также убежать прочь от этих опасных и хрупких гениталий. Это была и символическая попытка, мольба к обладательнице вагины: «Я всего лишь маленький мальчик, который просто мочится в вагину, отнесись ко мне хорошо». Преждевременная эякуляция была компромиссом между различными проявлениями разрушительной чувственности и оральными желаниями. По мере прогресса анализа и так как его жена продолжала сохранять с ним сексуальные отношения, он смог выражать свою агрессивную чувственность в мощной фаллической активности, а оральную фиксацию – в предварительной половой игре.

Экономический подход имеет отношение к распределению, преобразованию и расходу психической энергии. На нем базируются такие концепции, как связывание, нейтрализация, сексуализация, агрессивизация¹⁰ и сублимация.

Примером экономического подхода может служить случай миссис А., который я описал в разделе 1.22. До того как у нее внезапно появились фобии, она находилась под давлением запруженных инстинктов, но ее Эго было еще в состоянии выполнять защитные функции достаточно адекватно, поэтому у миссис А. не было очевидных симптомов. Она была в состоянии сохранять психическое равновесие, избегая сексуальных отношений с мужем, а если она должна была участвовать в них, она не позволяла себе сексуально возбуждаться.

Это отнимало много энергии ее Эго для защиты, но она была в состоянии сохранять контроль до инцидента с причесыванием. В этот момент визит отца и причесывание волос вызвали сексуальные и романтические воспоминания. Кроме того, это увеличило ее враждебность к мужу. Эго миссис А. не смогло справиться с этим новым притоком сильного стремления Ид к разрядке. Инстинктивные влечения вырвались в виде страха обморока, страха головокружения и боязни недержания. Это привело к фобии: она боялась выходить из дома без

¹⁰ Aggressivization – агрессивизация, по аналогии с sexualization – сексуализация (Примечание научного редактора).

сопровождения мужа. Чтобы полностью понять, почему произошел слом способностей миссис А. к защите, необходимо рассмотреть изменения в распределении ее психических энергий.

Генетический подход используется для изучения происхождения и развития психических феноменов. Он имеет дело не только с тем, как прошлое претворяется в настоящее, но и с тем, почему в данном конкретном конфликте было принято специфическое решение. Это фокусирует внимание как на биологических, конституциональных факторах, так и на испытанных переживаниях.

Пример: мой пациент, мистер Н., утверждал, что он был любимым сыном и матери, и отца. В качестве доказательства он рассказал, что ему позволили поехать мальчиком в летний лагерь, а позже – отпустили в колледж. Оба его младших брата никогда не получали таких привилегий. Он также утверждал, что он счастливо женился, хотя он редко имел сексуальные отношения с женой и часто изменял ей. Он чувствовал себя вполне счастливым человеком, хотя и страдал от периодических депрессий и от импульсивных приступов страсти к азартным играм.

Одним из основных защитных маневров пациента было коллекционирование покрывающих воспоминаний¹¹. Воспоминания, которые

¹¹ «Покрывающие воспоминания» («screen memory», англ.) – воспоминания, имеющие целью скрыть другие воспоминания и связанные с ними аффекты и

воскрешались в его памяти, были достоверны, но они сохранились для того, чтобы отвлечь память о несчастливых переживаниях. Временами с ним действительно обращались как с любимым сыном, но это было редко и нетипично. Его родители были непоследовательны и лицемерны, что явилось решающим фактором в формировании его симптоматики. Родители часто отвергали его и лишали чего-то, а когда он жаловался, указывали ему на некоторые особые удовольствия, которые доставили ему когда-то в прошлом. То, что его родители делали с ним сознательно, мой пациент делал бессознательно, используя покрывающие воспоминания. Он отрицал свое прошлое и настоящее несчастье с помощью покрывающих воспоминаний, которые свидетельствовали об обратном. Периоды его депрессии раскрывали глубоко спрятанную печаль. Игра в азартные игры была попыткой доказать, что он счастливчик, он – любимое дитя «Госпожи Удачи».

Структурный подход предполагает, что психический аппарат может быть разделен на несколько устойчивых функциональных единиц. Это был последний большой вклад Фрейда в теорию психоанализа (Freud, 1923b). Концепция психического аппарата как состоящего из Ид, Эго и Супер-Эго произошла из структурной гипотезы. Она под-

влекения. Аналогично этому мы переводили термины «screen affects», «screen defences», «screen identity» как «покрывающие аффекты», «покрывающие защиты», «покрывающая идентичность» (Примечание научного редактора).

разумеается, когда мы говорим о таких межструктурных конфликтах, которые возникают при симптомообразовании, или о таких внутрискруктурных процессах, как синтетическая функция Эго.

Клинической иллюстрацией может служить описанный выше случай пациента, страдающего преждевременной эякуляцией. Когда он начинал лечение, он утратил в сексуальных ситуациях функцию Эго по различению.

Все женщины становились его матерью, все вагины были нагружены орально-садистическими и анально-садистическими фантазиями. По мере улучшения он больше не регрессировал подобным образом в сексуальных ситуациях. Его Эго могло различать мать и жену, устремления его Ид затем смогли прогрессировать от оральных и анальных к фаллическим.

Наконец, в настоящее время мы также формулируем адаптивный подход, хотя Фрейд только предполагал его наличие. «Концепция адаптивности подразумевается, например, Фрейдом при рассмотрении проблемы взаимосвязи между влечением и объектом и в рассуждениях Хартманна и Эриксона о врожденной готовности к изменяющимся параметрам среднеождаемой окружающей среды» (Rapaport and Gill, 1959, p. 159–160).

Все, что касается рассмотрения взаимоотношений с окружающей средой, с объектами любви и ненависти, отношений

к обществу и т. д., основывается на этом подходе. Все клинические примеры, которые я привел ранее, также являются примерами попыток адаптации.

1.24. Теория психоаналитической техники

Психоаналитическая терапия – каузальная терапия, она пытается уничтожить причины, вызывающие невроз. Ее цель – разрешение невротических конфликтов пациента, включая инфантильный невроз, который служит центром взрослого невроза. Разрешение невротических конфликтов означает воссоединение с сознательной частью Эго той части Ид, Супер-Эго и бессознательной части Эго, которые были исключены из процессов созревания здоровой части личности.

Психоаналитик познает элементы бессознательного через его производные. Все отверженные компоненты Ид и Эго создают производные – «полукровки», которые не осознаны, однако высоко организованы в соответствии с вторичными процессами и доступны сознательному Эго (Freud, 1915b, p. 190–192; Fenichel, 1941, p. 18).

Процедура, которая необходима в психоанализе, и которую пациент должен использовать для того, чтобы облегчить передачу производных, – это свободная ассоциация, так называемое «основное правило психоанализа» (Freud, 1913b,

р. 134–136; 1915b, р. 149–150). Эти производные появляются в свободных ассоциациях пациента, снах, симптомах, в ошибочных действиях, а также в отыгрышах.

Пациента просят, насколько это возможно, позволить мыслям появиться и безотносительно к логике и порядку высказывать их; ему следует говорить даже такие вещи, которые кажутся ему тривиальными, постыдными, невежливыми и т. п. Благодаря тому, что мыслям позволено свободно приходить на ум, возникает регрессия на службе Эго, и производные бессознательного Эго, Ид и Супер-Эго стремятся выйти на поверхность. Пациент движется от строгого мышления вторичного процесса в направлении первичного. Задача аналитика – анализировать эти производные для пациента. (Значение термина «анализировать» и других технических и клинических терминов будет обсуждаться в разделе 1.3.)

Хотя пациент, страдающий от невроза, начинает психоаналитическое лечение с сознательным мотивом измениться, существуют бессознательные силы, которые противостоят изменениям, защищая невроз и status quo. Эти силы препятствуют процедурам и процессам лечения и называются сопротивлениями. Сопротивления происходят от тех же самых защитных сил Эго, которые формируют часть невротического конфликта. В ходе лечения пациент повторяет все различные формы и варианты защитных маневров, которые он использовал в прошлом. Анализ сопротивления – один

из краугольных камней психоаналитической техники. Поскольку сопротивление есть проявление защитных и искаженных функций Эго, именно его психоаналитик и должен анализировать в первую очередь. Инсайт может быть эффективен только в том случае, если пациент в состоянии упрочивать и поддерживать разумное Эго. Сопротивление служит препятствием для этого Эго, поэтому сопротивление должно быть проанализировано прежде, чем будет проделана любая другая аналитическая работа.

Например, молодой человек, казалось, колеблется, рассказывать ли мне нечто неблагоприятное о своей жене. Когда он считал ее виноватой, он быстро прощал или оправдывал ее проступки. Я указал ему на этот защитный аспект, однако он вначале отрицал его, а затем, со слезами на глазах, подтвердил, что я прав. Он осознал, что старался скрыть недостатки своей жены, так как был уверен, что я буду ожидать от него развода с женой, узнав, насколько она неадекватна. Когда я начал исследовать вопрос о разводе, пациент вспомнил, что в детстве его отец неоднократно угрожал разводом его матери, когда он находил в ней недостатки. И теперь стало ясно, что его нерешительность была вызвана опасениями, что я буду действовать, как его отец. Он пытался защитить жену от меня, как он хотел защитить свою мать от отца.

Только после того, как пациент узнал источник сопротивления, он смог продвинуться в понимании того, что это он, а не я был тем, кто имел такое

сильное «отцовское» негодование против его жены. Потребовался длительный анализ для того, чтобы узнать, что, хотя он и хотел защитить свою мать от отца, у него у самого было огромное чувство негодования по отношению к матери. Бессознательно он хотел, чтобы я настаивал на его разводе с женой, как некогда он хотел, чтобы так поступил его отец по отношению к матери.

В этом клиническом примере необходимо было проанализировать каждый аспект сопротивления шаг за шагом, чтобы дать возможность пациенту увидеть реальную ситуацию. Во-первых, он должен был осознать, что боялся, что я захотел бы его развода, из-за чего он скрывал от меня подробности, касающиеся его жены. Затем он осознал, что путал меня со своим отцом, а свою жену – с матерью. Наконец, пациент смог признать и то, что за его защитными чувствами по отношению к матери скрывается большая доля враждебности к ней. Каждый шаг в анализе сопротивления предполагает, что разумное Эго пациента должно иметь возможность увидеть некоторые иррациональные, разрушающие аспекты своей деятельности.

Этот клинический пример приводит к другой основной психоаналитической технике. Невротические пациенты склонны к реакциям переноса. Перенос – один из основных и наиболее ценных источников материала для анализа, одна из наиболее важных мотиваций и одновременно величайшее препятствие на пути к успеху анализа. Фрустрация

инстинктов невротика заставляет его бессознательно искать объекты, на которые он мог бы перенести свои либидинозные и агрессивные импульсы. Пациент склонен повторять свое прошлое в человеческих отношениях для того, чтобы получить удовлетворение, которое он не получил в свое время, или запоздало овладеть некоторой тревогой или виной. Перенос – это повторное проживание прошлого, ошибочное понимание настоящего посредством прошлого. С точки зрения теории техники психоанализа основное значение реакций переноса заключается в том, что, если обращаться с реакцией переноса должным образом, пациент будет переживать в ситуации лечения по отношению к аналитику все значимые человеческие отношения своего прошлого, которые сознательно не вполне доступны ему (Freud, 1912a).

Психоаналитическую ситуацию структурируют таким образом, чтобы облегчить максимальное развитие реакций переноса. Установка аналитика на депривацию и его относительное инкогнито помогают раскрыть полную гамму чувств и фантазий переноса. Кроме того, именно последовательный анализ переноса, как в аналитической ситуации, так и вне ее дает возможность пациенту выдерживать перенос в различных вариантах и интенсивности.

Перенос также является источником величайшего сопротивления во время анализа. Пациент может упорно работать в начале анализа для того, чтобы получить благосклонность аналитика. Неизбежно пациент почувствует некоторую фор-

му отвержения, потому что все наши пациенты на опыте испытали это отвержение в прошлом, и у аналитика есть существенная установка на неудовлетворение. Враждебные чувства вытесненного прошлого или запрещенные сексуальные желания детства и отрочества будут вызывать у пациента сильное стремление бессознательно бороться против аналитической работы. Качество и количество «трансферентных сопротивлений» детерминировано прошлым пациента. На продолжительность этих реакций также будет влиять то, насколько эффективно психоаналитик анализирует проблемы переноса, которые вызывают сопротивление.

Следует добавить несколько слов об относительно неневротическом, рациональном и реалистическом отношении пациента к аналитику – о «рабочем альянсе» (Greenson, 1965a). Эта часть взаимоотношений пациент – аналитик, которая дает возможность пациенту идентифицироваться с точкой зрения аналитика и работать с аналитиком, несмотря на невротические реакции переноса.

Психоаналитическая техника направлена непосредственно на Эго, ибо только Эго имеет прямой доступ к Ид, к Супер-Эго и к внешнему миру. Наша цель – дать Эго возможность отказаться от его патогенных защит или найти более подходящие (Freud A., 1936, p. 45–70). Старые защитные маневры оказываются неадекватными; новые, отличающиеся от прежних защиты или их отсутствие могут допускать некоторые инстинктивные выходы, не сопровождающие

еся чувством вины или тревоги. Разрядка Ид уменьшает давление инстинктов, и Эго оказывается на относительно более сильных позициях.

Психоаналитик надеется побудить относительно зрелые аспекты Эго пациента оспорить то, что Эго однажды изгнало из сознательного как слишком опасное. Аналитик ожидает, что под защитой «рабочего альянса» и позитивного несексуализированного переноса пациент сможет по-новому взглянуть на то, что он однажды посчитал слишком угрожающим, сможет переоценить ситуацию и в конечном счете отважится новыми способами противостоять старой опасности. Постепенно пациент осознает, что инстинктивные импульсы детства, которые были слишком сильны для ресурсов детского Эго и были искажены детским Супер-Эго, могут быть пересмотрены во взрослом возрасте.

Психологическая работа, которая имеет место после того, как достигнут инсайт, и которая приводит к стабильным изменениям в поведении или отношении, называется проработкой (Greenson, 1965b). Она состоит из таких процессов, как утилизация и ассимиляция инсайта и переориентация (Bib-ring E., 1954). Эти процессы будут обсуждаться в следующем разделе.

Психоанализ пытается, таким образом, повернуть вспять процесс формирования невроза (Waelder, 1960, p. 46). Единственно надежным решением проблемы является достижение структурных изменений в Эго, которые позволяют

ему отказаться от его защит или найти какую-нибудь другую защиту, допускающую адекватную разрядку инстинктов (Fenichel, 1941, p. 16).

Разрешите мне проиллюстрировать типичную последовательность событий таким клиническим примером. Двадцатисемилетняя женщина, миссис К., хотела пройти анализ по различным причинам. В течение нескольких лет у нее бывали моменты бесчувственности, оцепенелости, «ухода», ощущения себя «зомби». Кроме того, у нее бывали периоды депрессии, она была не способна испытывать оргазм при сексуальных отношениях, и недавно появились импульсивно-навязчивые идеи иметь половую связь с негром. Последний симптом был наиболее мучителен для нее, именно он вынудил ее обратиться за лечением. Я использую этот симптом как отправную точку для иллюстрации приведенного выше теоретического описания целей и задач психоаналитической техники (см. Altman (1964), его сообщение о дискуссии группы специалистов по данному вопросу, особенно о вкладе Н. Росса).

Представители других психотерапевтических школ попытались бы облегчить симптомы пациентки, но только психоаналитики пытаются сделать это путем разрешения невротического конфликта, который стоит за симптомами. Другие терапевты могли бы пытаться помочь пациентке, усиливая ее защиты или используя перенос и внушение для того, чтобы сместить или

ослабить ее сексуальные импульсы, направленные на негра. Или они могут пытаться справиться с конфликтом между защитами и инстинктами предложением каких-то выходов для инстинктов, которые будут возможны под защитой подобного Супер-Эго переноса на психотерапевта. Некоторые терапевты могут использовать медикаменты, для того чтобы ослабить либидинозные влечения и таким образом помочь «осажденному» Эго пациентки. Другие могут предложить такие средства, как алкоголь или фенobarбитал, которые могут временно притупить требования Супер-Эго пациентки. Все эти методы могут помочь, но они временны, так как не приводят к стабильному изменению в психических структурах, вовлеченных в бессознательный конфликт, являющийся причиной симптома.

Психоаналитическая терапия попытается помочь пациентке осознать все различные бессознательные влечения, фантазии, страхи, чувства вины и наказания, которые выражаются в конденсированной форме в ее симптомах. Случай миссис К. я использовал как пример постепенного постижения того факта, что негр был маской для властного, сексуально привлекательного и внушающего страх в период ее пубертата рыжеволосого отчима. Импульсивно-навязчивая идея о сексуальных отношениях с неграми была продемонстрирована, как произошедшая частично от замаскированного инцестуозного страстного желания отчима. Это было также ширмой для садомазохистских импульсов

и скрывало «туалетизацию» сексуальности. Негр также представляет собою конденсацию анально-фаллического мужчины – представления, относящегося к ее трехлетнему возрасту. Болезненное качество симптома было результатом самонаказания из-за вины за запретные влечения.

По мере того как пациентка постепенно постигала это, ее Эго больше не нужно было потреблять так много энергии в попытках вытеснить запретные влечения и фантазии. Ее разумное Эго могло принять теперь понимание того, что инцестуозные фантазии – не то же самое, что действия, и что они являются неотъемлемой частью взросления в нашем обществе. Миссис К. могла теперь увидеть, что ее Супер-Эго было слишком суровым и садистским. Она осознала, что жестоко себя попрекала в манере, сходной с ее мазохистскими сексуальными фантазиями. Желание бить и быть избитой, а также желание испачкать представляет собой регрессивные попытки получить замены сексуального удовлетворения.

По мере того как пациентка принимала все это и прежде неосознанные явления становились осознанными, появились заметные изменения в трех психических структурах. Эго перестало нуждаться в использовании регрессии, реактивного образования и изоляции против импульсов, которые были раскрыты. Это стало возможным потому, что ее суровое Супер-Эго стало менее садистским по отношению к Эго. Анальные садомазохистские влечения, будучи

представлены сознанию, потеряли свою интенсивность; устремления ее Ид изменились в направлении получения генитального удовольствия. Изменения инстинктивных влечений сделали возможным для миссис К. получение несколько большего сексуального удовлетворения с мужем, и она утратила импульсивную навязчивость в стремлении к негру.

Анализ реакции переноса и сопротивления играл важную роль во всех этих событиях. Например, сексуальные чувства миссис К. по отношению к ее отчиму проявились, когда она начала осознавать свои чувства, что я был для нее сексуально привлекателен, хотя, как она говорила, я был гораздо старше, настолько, что мог бы быть ее отцом. Ее фантазии о том, чтобы быть побитой, проявились в анализе как страх, что я буду бить ее, а затем как желание, чтобы я сделал это. У миссис К. было сильное сопротивление рассказывать о некоторых ее сексуальных фантазиях, потому что она чувствовала себя так, как будто я подсматриваю за ней в туалете. Это привело к обнаружению того, что она «туалетизировала» свою сексуальность.

Миссис К. упорно работала в анализе и почти через полгода выработала довольно надежный рабочий альянс со мной. Несмотря на болезненность реакций переноса и сопротивления, она смогла со временем идентифицироваться с моей аналитической точкой зрения и попыталась понять свои невротические реакции.

Временное и частичное улучшение побудило

пациентку пойти дальше в своем лечении. Теперь она была в состоянии разрешить себе регрессировать глубже в аналитической ситуации и позволить себе пережить еще более ранние формы своего невротического конфликта. Сексуальное желание к негру также было важной защитной функцией против сильных гомосексуальных импульсов. Было показано, что они, в свою очередь, происходят от глубоко вытесненных оральных сосательных импульсов по отношению к матери, которые воспринимались как угроза отдельной идентичности пациентки. Наряду с этим конфликтом имелаась огромная примитивная ярость по отношению к матери, ярость, которая воспринималась пациенткой как опасная для матери и как угроза существованию самой миссис К. Осознание различных уровней невротического конфликта между защитой и инстинктом привело к постепенным изменениям в структуре Эго, Ид и Супер-Эго пациентки. От некоторых старых защит мы отказались как от ненужных, были найдены новые защиты, которые делали возможным инстинктивное удовлетворение без вины. Были изменены взаимоотношения между психическими структурами в целом, и вместе с этим возникли новые, более удовлетворяющие и эффективные отношения с внешним миром.

1.3. Компоненты классической психоаналитической техники

Теперь, после общего обзора психоаналитической терапии, ее исторического развития и теоретических основ, мы перейдем к разделу, который имеет целью дать введение в современную технику. Он состоит из рабочих определений, а также описания терапевтических процедур и процессов, которые применяются в классическом психоанализе. Цель этого раздела – дать глоссарий технических терминов, концепций и продемонстрировать, как некоторые из них используются в частичных и выхолощенных видах аналитической терапии в сравнении с психоаналитической терапией (Bibring E., 1954; Greenacre, 1954; Gill, 1954; дополнительный список литературы).

1.31. Продуцирование материала

1.311. Свободная ассоциация

В классическом психоанализе свободная ассоциация является преобладающим способом сообщения клинического материала пациентом. Обычно работа со свободными ассоциациями начинается после того, как предварительные ин-

тервью будут завершены. В предварительных интервью аналитик оценивает способность пациента работать в психоаналитической ситуации. Часть этой работы состоит в определении того, имеет ли Эго пациента достаточную эластичность, чтобы колебаться между более регрессивными функциями Эго, которые необходимы при свободном ассоциировании, и более прогрессивными функциями Эго, требующимися для понимания аналитических вмешательств, ответов на прямые вопросы и возобновления обыденной жизни в конце сессии.

Пациент обычно свободно ассоциирует большую часть сессии, но он может рассказать также сновидения или другие события повседневной жизни или прошлого. Для психоанализа характерно, что пациента просят ассоциировать при пересказе сновидений или других переживаний. Свободная ассоциация имеет приоритет над другими способами продуцирования материала в аналитической ситуации. Однако свободное ассоциирование может использоваться на службе сопротивления. Тогда задача психоаналитика будет состоять в том, чтобы проанализировать такое сопротивление для того, чтобы восстановить нормальный процесс свободного ассоциирования. Случается также, что пациент не может остановить свободное ассоциирование из-за того, что функции Эго нарушены. Это пример чрезвычайной ситуации, возникающей в курсе анализа. И здесь задачей аналитика будет попытаться восстановить мышление Эго – логическое мышление вторичного процесса. Он, вероятно, будет вынужден

применять внушение и директивные указания для того, чтобы добиться этого. Это не аналитический прием, но он необходим, так как, судя по всему, мы можем здесь иметь дело с психотической реакцией в начальной стадии.

Свободная ассоциация – основной метод продуцирования материала в психоанализе. Этот метод используется в отдельных случаях и в других формах вскрывающей¹² психотерапии, так называемых «психоаналитически ориентированных психотерапиях». Свободная ассоциация не используется в неаналитической терапии, в укрывающей, или поддерживающей¹³, терапии.

В разделе, посвященном тому, что психоанализ требует от пациента, будет представлено дальнейшее обсуждение свободной ассоциации (раздел 4.12). Введение процедуры свободной ассоциации в связи с переходом к кушетке будет описано во втором томе.

1.312. Реакции переноса

Уже с момента лечения Доры Фрейд осознал, что реакции переноса пациента и его сопротивления дают весьма важный материал для аналитической работы (1905а, р. 112–

¹² Вскрывающая – психотерапия, вскрывающая конфликт и анализирующая защиты (Примечание научного редактора).

¹³ Поддерживающая – психотерапия, не анализирующая конфликт и защиты, а нацеленная на поддержание и укрепление наиболее адаптивных защит пациента (Примечание научного редактора).

122). Вследствие этого аналитическая ситуация организована так, чтобы максимально облегчить развитие переноса пациента.

Соппротивления имеют целью предотвратить это развитие или затруднить анализ переноса. Как сопротивление, так и перенос являются носителями существенной информации о прошлом пациента, о его вытесненной истории.

Разделы 2 и 3 этого тома посвящены систематическому и подробному обсуждению этой темы. Здесь же я попытаюсь лишь предварительно сориентировать читателя в данном вопросе.

Перенос состоит в переживании чувств, влечений, установок, фантазий и защит по отношению к некоторой личности в настоящем, неадекватных по отношению к ней и являющихся повторением, смещением реакций, образовавшихся по отношению к значимым личностям в раннем возрасте.

Подверженность пациента реакциям переноса исходит от его состояния инстинктивной неудовлетворенности и протекающей из этого необходимости поиска возможных разрядок (Freud, 1912a).

Важно заострить внимание на том факте, что пациент склонен повторять вместо того, чтобы вспоминать; повторение есть всегда сопротивление по отношению к функциям памяти. Однако путем повторного разыгрывания прошлого пациент действительно делает возможным «вхождение» прошлого в аналитическую ситуацию. Повторения в перене-

се привносят в анализ материал, который иначе бы остался недоступным. При правильном подходе анализ переноса приведет к воспоминанию, реконструкции и пониманию, а в конечном счете и к прекращению повторений.

Существует много способов классификации различных клинических форм реакций переноса. Наиболее часто используются такие обозначения, как позитивный и негативный перенос. Термин «позитивный перенос» относится к различным формам сексуального желания, а также к симпатии, любви и уважению к аналитику. Термин «негативный перенос» подразумевает различные разновидности агрессии в форме гнева, антипатии, ненависти и презрения по отношению к аналитику. Следует помнить, что все реакции переноса, по существу, амбивалентны, и то, что проявляется клинически, это лишь «поверхность».

Для того чтобы реакции переноса имели место в аналитической ситуации, пациент должен хотеть и быть способным рискнуть на некоторую временную регрессию, в рамках функций Эго и объектных отношений. Эго пациента должно быть способно на временную регрессию к реакциям переноса, но эта регрессия должна быть частичной и обратимой, так, чтобы с пациентом можно было работать аналитически, и в то же время он мог бы жить в реальном мире. Работа с людьми, которые не осмеливаются регрессировать от реальности и которые не могут легко вернуться к реальности, представляет собой ненужный риск для психоанали-

за. Фрейд подразделял невроты на две группы на основании того, может ли пациент или нет развивать и сохранять относительно связный набор реакций переноса и вместе с тем продолжать функционировать в анализе и во внешнем мире. Пациенты с «невротом переноса» могут делать это, тогда как пациенты, страдающие «нарциссическим невротом», не могут (Freud, 1916–1917, p. 341, 414–415, 420–423).

Фрейд также использовал термин неврот переноса для того, чтобы описать ту совокупность реакций переноса, в которой анализ и аналитик становятся центром эмоциональной жизни пациента и невротические конфликты пациента вновь оживают в аналитической ситуации (Freud, 1914с, p. 154). Все важные проявления болезни пациента будут вновь прожиты или вновь разыграны в аналитической ситуации (Freud, 1905a, p. 118–119; 1914с, p. 150–154; 1916–17, глава XXVII).

Психоаналитическая техника направлена на то, чтобы обеспечить максимальное развитие невроза переноса. Относительная анонимность аналитика, его ненавязчивость, «правило абстиненции» и правило «аналитик как зеркало» – все это имеет целью сохранить относительно «незагрязненным» поле для того, чтобы неврот переноса мог «расцвести» (Fenichel, 1941, p. 72; Greenacre, 1954; Gill, 1954). Неврот переноса есть артефакт аналитической ситуации; он может быть уничтожен только путем аналитической работы. Он служит как бы переходом от болезни к здоровью.

С одной стороны, невроз переноса – один из наиболее важных проводников успеха в психоанализе; с другой – наиболее частая причина терапевтической неудачи (Freud, 1912a, 1914c; Glover, 1955, Ch. VII, VIII). Невроз переноса может быть разрешен только путем анализа; другие процедуры могут изменить его форму, но при этом увековечат его (Gill, 1954).

Психоанализ – единственная форма психотерапии, которая пытается разрешить реакции переноса путем их систематического и досконального анализирования. Сторонники кратких или выхолощенных версий психоанализа делают это лишь частично и выборочно. Так, если анализируется только негативный перенос и то лишь тогда, когда он угрожает прервать лечение, или перенос анализируется лишь настолько глубоко, насколько это необходимо для того, чтобы пациент был в состоянии работать в терапевтической ситуации, то в таких случаях после лечения всегда остаются некоторые остаточные явления неразрешенных реакций переноса. Это значит, что не проанализированный должным образом невроз остается неизменным.

В неаналитических формах психотерапии реакции переноса не анализируются, но удовлетворяются, или ими манипулируют. Терапевт присваивает себе роль какой-то фигуры из прошлого, реальной или фантазируемой, и удовлетворяет какие-то инфантильные желания пациента. Терапевт может действовать как любящий, ободряющий родитель или

как карающий моралист, и пациент может чувствовать временное улучшение или даже «излечение». Но эффект от этого «лечения переносом» мимолетен и длится лишь столько, сколько идеализированный перенос на терапевта остается нетронутым (Fenichel, 1945a, p. 559–561; Nunberg, 1932, p. 335–340).

1.313. Сопротивления

Термин сопротивление относится ко всем внутренним силам пациента, которые находятся в оппозиции процедурам и процессам психоаналитической работы. В большей или меньшей степени сопротивление присутствует от начала и до конца лечения (Freud, 1912a). Сопротивления защищают status quo невроза пациента. Сопротивления находятся в оппозиции к аналитику, аналитической работе и разумному Эго пациента.

Сопротивлени – операциональное понятие, а не что-то, созданное анализом. Аналитическая ситуация становится тем местом действий, где сопротивления обнаруживают себя.

Сопротивление – это повторение всех тех защитных действий, которые пациент использовал в своей прошлой жизни. Все разновидности психических явлений могут быть использованы в целях сопротивления, но вне зависимости от того, что служит его источником, сопротивление действует

через Эго пациента. Хотя некоторые аспекты сопротивления могут быть осознаны, значительная их часть остается бессознательной.

Психоаналитическая терапия характеризуется доскональным и систематическим анализом сопротивлений. Задача психоаналитика состоит в том, чтобы раскрыть, как пациент сопротивляется, чему он сопротивляется и почему он делает это. Непосредственной причиной сопротивления всегда является избегание таких болезненных аффектов, как тревога, вина или стыд. За этим мотивом могут быть найдены инстинктивные импульсы, которые и вызывают болезненный аффект. В конце концов будет обнаружено, что сопротивление пытается отвлечь страх, связанный с травматическим состоянием (Freud A., 1936, p. 45–70; Fenichel, 1945a, p. 128–167).

Существует много способов классификации сопротивлений. Один из них базируется на дифференциации Эго-синтонных сопротивлений и сопротивлений, чуждых Эго. Если пациент чувствует, что сопротивление чуждо ему, он готов работать над ним аналитически, если же сопротивление Эго-синтонное, то пациент может отрицать его существование, преуменьшать его важность или рационализировать его. Одним из важных первоначальных шагов при анализировании сопротивления является превращение его в сопротивление, чуждое Эго. Как только это будет достигнуто, пациент сформирует рабочий альянс с аналитиком и будет временно и ча-

стично идентифицировать себя с аналитиком в своей готовности работать над анализом своего сопротивления.

Другие формы психотерапии пытаются избежать или преодолеть сопротивления путем внушения или используя медикаменты, или эксплуатируя отношения переноса. В укрывающей, или поддерживающей, терапии терапевт пытается усилить сопротивление. Это бывает также необходимо и для тех пациентов, которые могут перейти в психотическое состояние. Лишь в психоанализе терапевт стремится выявить причину, цель, форму и историю сопротивлений (Knight, 1952).

1.32. Анализирование материала пациента

В классическом психоанализе большое число терапевтических процедур используется для работы на различных уровнях. Общей характеристикой для всех аналитически ориентированных техник является их непосредственная цель — лучшее понимание пациентом самого себя. Некоторые процедуры не добавляют собственно понимания, но усиливают те функции Эго, которые необходимы для достижения этого. Например, отреагирование может допустить достаточную разрядку инстинктивных напряжений, так что «осажденное» Эго более не будет чувствовать надвигающуюся опасность. Более спокойное Эго облегчит затем воз-

возможность наблюдения, мышления, воспоминания, оценки, – функций, которые были утрачены в остром тревожном состоянии. Инсайт теперь становится возможным. Отреагирование – одна из неаналитических процедур, которая часто используется при психоаналитическом лечении. Часто оно является необходимой предпосылкой для инсайта.

Антианалитическими процедурами являются те, которые блокируют или уменьшают способности к инсайту и пониманию. Меры или действия, которые ослабляют функции Эго по наблюдению, мышлению, воспоминанию и оценке, принадлежат к этой категории. В качестве подобных действий можно назвать назначение некоторых медикаментов и интоксикантов, быстрое и легкое утешение, некоторые виды удовлетворения в переносе, отвлечение внимания и т. д.

Наиболее важная аналитическая процедура – интерпретация; все остальные подчинены ей теоретически и практически. Все аналитические процедуры – это либо шаги, которые ведут к интерпретации, либо делают ее эффективной (Bibring E., 1954; Gill, 1954; Menninger, 1958).

Термин «анализирование» – сжатое выражение, которое относится к техникам, способствующим достижению инсайта. Анализирование обычно включает четыре различные процедуры – конфронтацию, прояснение, интерпретацию и проработку. В последующих частях будет дано более обширное обсуждение и клинические примеры того, как применяется каждая из этих процедур. Здесь я ограничусь рабочими

определениями и простыми иллюстрациями.

Первый шаг при анализировании психического феномена – конфронтация. Обсуждаемый феномен должен стать очевидным для сознательного Эго пациента. Например, до того, как я смогу интерпретировать причину, из-за которой пациент избегает определенной темы во время сессии, я сначала должен показать ему, что он избегает чего-то. Иногда пациент сам будет сознавать этот факт, и тогда мне не нужно будет делать этого. Однако, прежде чем предпринимать любые дальнейшие аналитические шаги, нужно убедиться, что пациент сам различает тот психический феномен, который мы пытаемся анализировать.

Конфронтация приводит к следующему этапу – к прояснению. Обычно эти две процедуры смешиваются друг с другом, но я считаю, что нужно разделять их, потому что бывают случаи, когда каждая из них вызывает различные проблемы. Прояснение относится к тем действиям, которые имеют целью поместить анализируемый психический феномен в четкий фокус. Значимые детали должны быть выявлены и тщательно отделены от посторонних. Частности или паттерны обсуждаемого феномена должны быть выделены и изолированы.

Разрешите привести простой пример. Я конфронтировал пациента, мистера Н., с тем фактом, что он оказывает сопротивление, и он признал, что это действительно так, что, похоже, он убегает

от чего-то прочь. Дальнейшие ассоциации пациента могут привести его к тому, почему или чему он сопротивляется. Давайте рассмотрим первый момент. Ассоциации, детерминированные сопротивлением, привели пациента к рассказу о событиях его прошлого уикенда. Мистер Н. пришел на родительское собрание в школу дочери, где испытал замешательство при виде большого количества родителей, выглядевших богатыми. Это напомнило ему собственное детство: он ненавидел отца, когда тот заискивал перед своими богатыми клиентами. Отец был деспотом в отношении своих рабочих и «глупым подлизой» с богатыми. Пациент боялся своего отца, пока жил дома до поступления в колледж. Потом он стал презирать его. У него до сих пор сохранилось это чувство презрения, но он не показывает его, ведь это ни к чему бы не привело, его отец слишком стар, чтобы меняться. Его отцу уже под шестьдесят, его волосы почти совсем белые – «то, что от них осталось». Пациент замолчал.

У меня было впечатление, что ассоциации мистера Н. указывали на некоторые чувства, которые он питал ко мне, и это были те чувства, которые привели его к сопротивлению в начале сессии. Я также чувствовал, что это, вероятно, должно относиться к презрению, точнее, к страху пациента выразить свое презрение непосредственно мне. Когда пациент замолчал, я сказал, что мне хотелось бы знать, не испытывает ли он некоторого презрения к другому седовласому мужчине. Пациент покраснел, и его первый ответ был таким: «Я

полагаю, вы думаете, что я говорил о вас. Нет, это неверно. Я не чувствую никакого презрения к вам: почему, собственно, я должен испытывать его? Вы лечите меня очень хорошо – по большей части. Я не имею понятия, как вы обращаетесь со своей семьей или со своими друзьями. Впрочем, это не мое дело. Кто знает, может быть, вы один из тех людей, кто, наступив на ногу чучелу, приносит «свои большие извинения». Я не знаю, и это меня не волнует».

В тот момент я понял следующее. Я ответил ему, что ему было бы легче не знать, как я в действительности веду себя вне сессии. Если бы он узнал, то мог бы почувствовать презрение и побоялся бы прямо выразить его мне. Мистер Н. несколько секунд молчал, а затем ответил, что если бы он представил меня делающим что-то, вызывающее презрение, то не знал бы, что делать с этой информацией. Это напомнило ему о случае, произошедшем несколько недель тому назад. Он был в ресторане и услышал сердитый мужской голос, распекающий официанта. С дальнего расстояния голос звучал как мой, и затылок тоже выглядел как мой. Несколькими минутами позже он с облегчением обнаружил, что это не я.

Теперь стало возможным показать пациенту, что он старался избежать чувства презрения ко мне, потому что, если бы это произошло, он побоялся бы выразить его так же, как он боялся выразить его отцу. Это был тот специфический комплексный паттерн эмоциональных ответов, который следовало выделить для прояснения

до того, как продолжать анализ сопротивления.

Третий шаг при анализировании – интерпретация. Эта процедура отличает психоанализ от всех остальных видов психотерапии, потому что в психоанализе интерпретация – основной и решающий инструмент. Все остальные процедуры подготавливают материал для интерпретации или развивают ее и могут, в свою очередь, нуждаться в интерпретации. Интерпретировать означает делать бессознательный феномен сознательным. Более точно это означает делать осознанным бессознательное значение, источник, историю, форму или причину данного психического события. Это обычно требует не одного, а нескольких вмешательств. Для интерпретации аналитик использует свое собственное бессознательное, свою эмпатию и интуицию так же, как и свои теоретические знания. Путем интерпретации мы выходим за рамки того, что поддается прямому наблюдению, и придаем значение и каузальность психологическому феномену. Нам необходимы отклики пациента для того, чтобы определить валидность нашей интерпретации (Bibring E., 1954; Fenichel, 1945a; см. дополнительный список литературы).

Процедуры прояснения и интерпретации тесно переплетаются. Очень часто прояснение ведет к интерпретации, которая, в свою очередь, приводит к дальнейшему прояснению (Kris, 1951). Клинический случай, приведенный выше, показывает это. Позвольте мне проиллюстрировать пример интерпретации и валидации на примере того же пациента.

На сессии спустя почти две недели после описанной выше мистер Н. рассказал мне фрагмент своего сновидения. Все, что он запомнил, состояло в следующем: он ждет, пока сменится красный свет светофора, и чувствует, что кто-то толкнул его бампером сзади. Он оборачивается в ярости и видит с облегчением, что это всего лишь мальчик на велосипеде. Его машина не повреждена. Ряд ассоциаций привели к любви мистера Н. к машинам, в особенности к спортивным машинам. Он любил, в частности, со свистом обгонять эти «старые, толстые, дорогие машины». Дорогие машины казались такими прочными, но и они разваливались в течение нескольких лет. Его маленькие спортивные машины могли обогнать, обойти, пережить кадиллаки, линкольны, роллс-ройсы. Он знал, что это преувеличение, но ему нравилось думать так. Это доставляло ему удовольствие и, должно быть, шло от времен его увлечения атлетизмом, когда он любил казаться неудачником, который победил фаворита. Его отец был спортивным болельщиком и всегда преуменьшал достижения моего пациента. Он намекал, что был великим атлетом, но никогда не подтверждал этого; он был эксгибиционистом, но мистер Н. сомневался, мог ли его отец действительно выступать. Он мог флиртовать с официанткой в кафе или бросать сексуальные замечания о женщинах, проходящих мимо, но, похоже, пускал пыль в глаза. Если бы он действительно был сексуален, он не вел бы

себя так.

Ясно, что рассматриваемый материал касается сравнения пациентом себя со своим отцом в смысле сексуальности. Это относится также и к тем людям, которые притворяются теми, кем они не являются. Наиболее сильный аффект в его ассоциации был, когда он сказал, что ему «доставляет удовольствие» фантазия о превосходстве его автомобиля над дорогими машинами. Он знал, что это перекося, но ему нравилось представлять это. В его сновидении ярость сменяется облегчением, когда он обнаруживает, что его стукнул «всего лишь мальчик на велосипеде». Мне кажется, что эти два аффективно нагруженных элемента должны послужить ключом к пониманию сновидения и всей аналитической сессии в целом.

Я интерпретировал для себя, что образ мальчика на велосипеде означает подростковую мастурбацию. Красный свет, вероятно, относится к проституции, поскольку «район красных фонарей» – обычное название для того места, где сосредоточены проститутки. Я знал, что мой пациент утверждал, что любит свою жену, но предпочитал секс с проститутками. До этого момента в анализе у пациента не было воспоминаний, касающихся сексуальной жизни родителей. Однако он часто упоминал, что его отец флиртовал с официантками, что я воспринял как покрывающее воспоминание. Я, следовательно, чувствовал, что мне следовало бы указать своей интерпретацией этого эпизода на его взрослую

установку превосходства по сравнению с детским беспокойством относительно сексуальной жизни отца. (Я умышленно пренебрегаю в данный момент всеми ссылками на слова «удар сзади», «ярость».)

В конце сессии я сказал мистеру Н., что, как мне кажется, он борется со своими чувствами по поводу сексуальной жизни отца. Похоже, он говорит, что его отец был не очень потентным мужчиной, и мне бы хотелось знать, всегда ли он думал так. Пациент ответил очень быстро, пожалуй, даже слишком быстро. По существу, он поспешил согласиться, что его отец всегда казался ему высокомерным, хвастливым, претенциозным. Он не знал, какой была его сексуальная жизнь с матерью, но был совершенно уверен, что она не могла быть вполне удовлетворенной. Его мать была болезненной и несчастной. Большую часть своей жизни она жаловалась ему на отца. Мистер Н. был совершенно уверен, что его мать не любит секс, хотя не мог доказать этого.

Я вмешался в этот момент и сказал, что мне кажется, что мысль о том, будто его мать отвергала секс с отцом, доставляла ему удовольствие. Пациент сказал, что это не доставляло ему удовольствия, но он допускает, что она давала ему чувство удовлетворения, ощущения триумфа над «старым мальчиком». На самом деле, теперь он вспомнил, что как-то нашел журналы с фотографиями обнаженных женщин, спрятанные в спальне отца. Он также вспомнил, что однажды нашел пакет презервативов под подушкой отца, когда был

подростком, и подумал: «Мой отец, должно быть, ходит к проституткам».

Я вновь вмешался и отметил, что презерватив под подушкой скорее говорит о том, что отец использовал их с матерью, которая спала на той же самой кровати. Однако мистер Н. хотел верить своей исполняющей желание фантазии: мать не хотела секса с отцом, и отец был не особенно потентен. Пациент замолчал, и сессия окончилась.

На следующий день он начал с рассказа, что был ужасно рассержен, когда вышел от меня. Он сел за руль и вел машину дико, пытаясь обогнать все машины на дороге, особенно дорогие. Затем в нем возник неожиданный импульс: пришла в голову мысль посостязаться в скорости с роллс-ройсом, если только он встретит хоть один. Внезапная мысль осенила его. Спереди на роллс-ройсе размещены буквы Р.Р. Это инициалы доктора Гринсона, вдруг понял он. И он засмеялся, один-одинешенек в машине. «Старый мальчик, вероятно, прав, – подумал он, – мне доставляло удовольствие представлять, что мать предпочитала меня, и я мог превзойти отца. Позже я заинтересовался, повлияло ли это как-нибудь на мою собственную расстроенную сексуальную жизнь с женой».

Я думаю, что этот клинический пример достаточно хорошо иллюстрирует сложные шаги, предпринимаемые для того, чтобы сделать даже простую интерпретацию, а также то,

что нужно ждать отклика пациента, чтобы определить, находится ли аналитик на верном пути. Аффективный ответ пациента на первое мое вмешательство, его поспешность при ответе показывают, что я прикоснулся к чему-то животрепещущему. Новые воспоминания о журналах и презервативах подтвердили, что я был, по сути, прав. Его реакция после сессии: гнев, ассоциация с роллс-ройсом, смех и установление связи с его собственной сексуальной жизнью – показывает, что дозировка была в порядке и действия своевременны. (Во втором томе интерпретация будет обсуждаться более подробно.)

Четвертый шаг при анализировании – проработка. Этот термин относится к комплексу процедур и процессов, которые имеют место после инсайта. Аналитическая работа, которая дает возможность инсайту привести к изменениям, является проработкой (Greenson, 1965b). Это относится в основном к повторяющемуся, поступательному детальному исследованию сопротивлений, которые препятствуют тому, чтобы инсайт привел к изменению. Кроме расширения и углубления анализа сопротивлений, очень важно использовать и реконструкции. Множество циркулярных процессов приводятся в движение путем проработки, при которой инсайт, воспоминание и изменение поведения влияют друг на друга (Kris, 1956a, 1956b).

В порядке иллюстрации понятия проработки позвольте вернуться к случаю мистера Н. На первой

сессии, о которой я рассказывал, я интерпретировал его полную желанную фантазию о том, что его мать не любит секс и отвергает отца как сексуального партнера, а также что его отец – импотент. Пациенту не понравилась эта интерпретация, но позже в тот день он понял, что она, скорее всего, верна. К тому времени, когда он пришел на следующую сессию, он развил этот инсайт и связал его с тем фактом, что его собственная сексуальная жизнь с женой расстроена. Ему очень трудно было взглянуть на жену на следующий день после половых отношений. Он чувствовал, что она должна питать к нему отвращение из-за его чувственного поведения. Когда я спросил об этом, он связал свои реакции с детскими воспоминаниями о том, как мать унижала его, браня за мастурбацию.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.